



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TUBERCULOSIS ÓSEA Y SU RELACIÓN CON EL DETERIORO FUNCIONAL DEL PACIENTE, PERTENECIENTE AL SUB CENTRO DE SALUD DE HUACHI CHICO; AMBATO- TUNGURAHUA”

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Autora: Viteri Ramos, Enma Tatiana

Tutora: Lcda. Mg. Farinango Pineda, Betty Amparo

Ambato-Ecuador

Noviembre 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN TUBERCULOSIS ÓSEA Y SU RELACIÓN CON EL DETERIORO FUNCIONAL DEL PACIENTE, PERTENECIENTE AL SUB CENTRO DE SALUD DE HUACHI CHICO; AMBATO- TUNGURAHUA”**, de Enma Tatiana Viteri Ramos estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre 2015

LA TUTORA

.....

Lcda. Mg. Farinango Pineda, Betty Amparo

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación; **“INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN TUBERCULOSIS OSEA Y SU RELACIÓN CON EL DETERIORO FUNCIONAL DEL PACIENTE, PERTENECIENTE AL SUB CENTRO DE SALUD DE HUACHI CHICO; AMBATO- TUNGURAHUA”** como también los contenidos presentados, ideas, análisis y síntesis son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este Trabajo de Grado.

Ambato Septiembre 2015

LA AUTORA

.....

Viteri Ramos, Enma Tatiana

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga uso de este Análisis de Caso Clínico o parte de un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este Análisis de Caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato Septiembre 2015

LA AUTORA

.....

Viteri Ramos, Enma Tatiana

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN TUBERCULOSIS OSEA Y SU RELACIÓN CON EL DETERIORO FUNCIONAL DEL PACIENTE, PERTENECIENTE AL SUB CENTRO DE SALUD DE HUACHI CHICO; AMBATO- TUNGURAHUA”**, de Enma Tatiana Viteri Ramos estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato Noviembre 2015

Para constancia firma

1er VOCAL

2do VOCAL

PRESIDENTE/

DEDICATORIA

Quiero dedicar el presente trabajo en primer lugar a Dios por guiarme y por permitirme tener y disfrutar de una familia hermosa, a mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto de mi vida, a mi madre por estar conmigo en los momentos más difíciles y por siempre brindarme su cariño comprensión y amor.

Una dedicación especial a mi preciosa hija Doménica por siempre iluminarme con su sonrisa, por ser mi fuente de inspiración y motivación porque tu amor y tu cariño son los detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo y mis ganas de buscar lo mejor para ti; te agradezco porque gracias a ti pude encontrar el lado dulce y perfecto de la vida. Tú has sido mi motivación esencial para concluir esto.

Tatiana Viteri R.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero agradecer a Dios por permitirme llegar a donde estoy, por ser mi fortaleza y por poner siempre una luz de esperanza en cada adversidad; a mi madre por ser mi apoyo incondicional que con sus palabras de aliento nunca me dejo decaer; a mi padre y mis hermanos por el apoyo que siempre me han brindado en el transcurso de mi carrera, a todos mil gracias porque sus consejos, enseñanzas y amor han hecho de mi un mejor ser humano.

Un agradecimiento especial a mi Tutora designada y al Lic. José Luis Herrera por guiarme durante el proceso del presente trabajo.

A mi niña hermosa Doménica, gracias por comprender tantas horas sin estar a tu lado que fueron necesarias para que yo pueda alcanzar mis metas y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor. Un especial agradecimiento a Edwin por ser mi amigo y compañero de vida, gracias por tu apoyo incondicional, por ser el primero en impulsarme hacia una Carrera Universitaria y por siempre estar ahí en cada momento de mi vida.

Mil gracias a todos, los amo.

Tatiana Viteri R.

ÍNDICE

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN	x
SUMMARY.....	xii
I.-INTRODUCCIÓN.....	1
II.-OBJETIVOS	4
II. 1.- OBJETIVO GENERAL.....	4
II. 2. - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
III.- DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN	5
III. 1.- RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE	5
IV.- IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE.....	8
V.- DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA Y DETALLADA DEL CASO	12
VI.- DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO	15
VI. 1.- RIESGO BIOLÓGICO Y PATOLÓGICO	15
VI. 2.- RIESGO AMBIENTAL	16
VI. 3.- RIESGO SISTEMA SANITARIO.....	17
VII.- ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	18
VII. 1.- OPORTUNIDAD DE CONSULTA.....	18

VII. 2.- ACCESO: DIFICULTADES GEOGRÁFICAS Y DE ORDEN PÚBLICO	18
VII. 3.-CARACTERÍSTICAS EN LA ATENCIÓN	19
VII. 4.- OPORTUNIDADES EN LA REFERENCIA	19
VII. 5.-TRÁMITES ADMINISTRATIVOS.....	20
VIII.- IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRITICOS.....	21
IX.-CARACTERIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA	26
X.- PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO.....	31
XI.- CONCLUSIONES	56
XII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
XIII.- LINKOGRAFÍA.....	58
XIV.- CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA	59
ANEXOS	61
ANEXO 1	62
ANEXO 2	77
ANEXO 3	78
ANEXO 4	80
ANEXO 5	81
ANEXO 6	82
ANEXO 7	83
ANEXO 8	84
ANEXO 9	85

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN TUBERCULOSIS ÓSEA Y SU
RELACIÓN CON EL DETERIORO FUNCIONAL DEL PACIENTE,
PERTENECIENTE AL SUB CENTRO DE SALUD DE HUACHI CHICO;
AMBATO- TUNGURAHUA”**

Autora: Viteri Ramos, Enma Tatiana

Tutora: Lcda. Mg. Farinango Pineda, Betty Amparo

Fecha: Septiembre 2015

RESUMEN

El presente trabajo se realiza con la finalidad de analizar la intervención y la aplicación de cuidados de enfermería en un paciente afectado por Tuberculosis ósea, los cuales estarán encaminados a mejorar el estado de salud y la calidad de vida de la paciente. La tuberculosis ósea implica la destrucción de las estructuras óseas y articulares, provocando de esa manera incapacidad funcional; esta investigación va estar dirigidos precisamente aquellas medidas y cuidados básicos para salud que el paciente debe aplicar para de alguna manera mitigar los problemas y las secuelas que puede producir esta afectación patológica.

Este análisis detalla el caso de una paciente femenina adulta mayor que es diagnosticada con Tuberculosis ósea hace 10 meses por presunto contacto con una persona infectada hecho ocurrido en la infancia, inicia tratamiento antituberculoso según protocolo vigente; tres meses posteriores se identifica afectación a nivel vertebral (Mal de Pott) y se realiza una intervención quirúrgica de columna, a partir de la cual la paciente empieza a exacerbar el cuadro de síntomas y

complicaciones propias de la enfermedad como: alteración nutricional, problemas a nivel renal, musculo esquelético y en el ámbito afectivo y psicológico. Se tomó como base de la valoración los patrones funcionales de M. Gordon los mismos que nos servirán para evaluar el estado de salud de la paciente e identificar las intervenciones adecuadas que complementarán el tratamiento médico y farmacológico.

En el análisis de caso se podrá detallar la atención de enfermería que la paciente recibió, si fueron acordes al protocolo de manejo establecido, además de analizar de forma prioritaria la educación y capacitación de la paciente que es de gran importancia para sea capaz de adaptarse positivamente a los cambios y minimizar las complicaciones que se presenten durante la enfermedad; para conseguir este objetivo se elabora un plan de intervención de enfermería basado en los patrones funcionales de M. Gordon y en la taxonomía NANDA NIC y NOC el cual está dirigido al paciente y a la familia sobre una guía de conductas y cuidados a seguir para el mantenimiento de un óptimo estilo de vida.

PALABRAS CLAVES: TUBERCULOSIS_ÓSEA, DETERIORO_FUNCIONAL, ALTERACIÓN_NUTRICIONAL, PROBLEMAS_RENALES, MÚSCULO_ESQUELÉTICO.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

NURSING CAREER

**"NURSING INTERVENTION IN TB BONE AND ITS RELATIONSHIP
WITH THE PATIENT FUNCTIONAL IMPAIRMENT, BELONGING TO
THE LOCAL HEALTH CENTER HUACHI CHICO; AMBATO
TUNGURAHUA"**

Author: Viteri Ramos, Enma Tatiana

Tutor: Lcda. Mg. Farinango Pineda, Betty Amparo

Date: Septiembre 2015

SUMMARY

This work is done in order to analyze the intervention and the implementation of nursing care in a patient afflicted with bone TB, which will be aimed at improving the health and quality of life of the patient. Bone tuberculosis involves the destruction of bone and joint structures, thus causing functional disability; This research will be aimed precisely those measures and basic health care for the patient must apply to somehow mitigate the problems and consequences that can produce this pathologic condition.

This analysis details the case of an elderly female patient, is diagnosed with bone tuberculosis 10 months for alleged contact with an infected person incident in childhood, TB treatment protocol begins by force; affection three months after vertebral level (Pott) is identified and a rear brace arthrodesis and immobilization is performed, from which the patient begins to exacerbate the symptom picture of the disease itself and complications such as nutritional disorder, problems in the

kidney, skeletal muscle and the emotional and psychological level. We are guided by the functional patterns of M. Gordon the same as will serve to assess the health status and identify appropriate interventions that will complement the medical and drug treatment.

In the analysis of case could detail nursing care the patient received, if they were in line with management protocol set, plus give priority to analyzing the education and training of the patient is of great importance to be able to adapt positively to changes and minimize complications that arise during the illness; to achieve this objective, a nursing intervention plan based on the functional patterns of M. Gordon and taxonomy NANDA NIC and NOC which is aimed at patients and their families a guide to behavior and care to follow for maintenance is made optimal lifestyle.

KEYWORDS: TUBERCULOSIS BONE, FUNCTIONAL IMPAIRMENT, NUTRITIONAL DISORDER, PROBLEMAS_RENALES, SKELETAL MUSCLE.

I.-INTRODUCCIÓN

La intervención de enfermería en la salud de las personas resulta ser uno de los ejes fundamentales en la salud para el manejo de la prevención, detección, atención integral y rehabilitación de enfermedades transmisibles; es por ello la importancia de este análisis de caso clínico cuyo tema se va a centrar en la influencia que tiene la intervención enfermera en pacientes con enfermedades crónico degenerativas como es el caso de la tuberculosis ósea, ya que la misión principal de la enfermera es la provisión de cuidados seguros y de calidad atendiendo las necesidades de salud del individuo, la familia y comunidad; identificando y potenciando el autocuidado aspectos biopsicosociales durante las etapas de desarrollo del individuo. (Gordon, 1982).

Las enfermedades infecciosas constituyen un punto de atención primordial en la salud pública, dentro de las cuales podemos mencionar a la tuberculosis osteoarticular como una enfermedad inflamatoria crónica del esqueleto producido por el *Micobacterium Tuberculoso* que compromete las articulaciones y el tejido óseo cuya consecuencia principal va a ser el deterioro funcional del paciente que comprende: dificultad para el movimiento, para la deambulacion, para el autocuidado lo que impedirá que la persona pueda desarrollar su vida cotidiana con normalidad.

La población vulnerable y con mayor riesgo de desarrollar tuberculosis ósea después de haber tenido contacto con alguien contaminado son: ancianos, personas con el sistema inmunológico comprometido, enfermos con neoplasia, portadores de VIH y personas que viven en hacinamiento debido a la continua exposición a la bacteria en ambientes cerrados. (García, 2008).

El paciente de este análisis de caso es una persona adulta mayor de 70 años que a más de la enfermedad de base que es la tuberculosis ósea se suman otros problemas como Parkinson, Insuficiencia cardiaca, úlceras por decúbito y depresión dentro de los problemas más sobresalientes, todos estos factores son los

que agudizan el estado de salud del paciente provocando en muchos de los casos la muerte prematura, como resultado de una enfermedad que además genera problemas familiares y pobreza en los hogares de los pacientes que lo sufren.

A esto se agrega el factor económico y social ya que la persona afectada por tuberculosis no solo se enfrenta al aislamiento y rechazo de la sociedad por ignorancia o miedo al contagio, sino que también hay que mencionar la importante inversión económica que implica no solamente para el estado sino también para la familia ya que hablamos de una enfermedad bastante compleja que integra el tratamiento farmacológico, atención especializada y rehabilitación para el enfermo; además del gasto económico para el ministerio de salud pública que provee del tratamiento medicamentoso.

El paciente afectado por tuberculosis ósea sufre una serie de complicaciones que a lo largo de su tratamiento suelen manifestarse de manera concurrente de los cuales podemos mencionar las infecciones frecuentes debido a un sistema inmunológico deprimido, los efectos secundarios atribuidos a los medicamentos antituberculosos como: anorexia, problemas gastrointestinales, hipoacusia y sobre todo la destrucción progresiva de las estructuras óseas la cual promueve la incapacidad funcional e inmovilización permanente. Dentro de las complicaciones permanentes se menciona la invasión del bacilo de Koch a las estructuras vertebrales comprometiendo el disco vertebral y produciendo compresión medular o radicular (Mal de Pott), con la posibilidad de paraplejas que contribuirá al riesgo de daño de la integridad cutánea por inmovilización, sin restar importancia a la insuficiencia renal y hepática por el uso continuo de drogas con alta toxicidad.

La presente trabajo es de tipo observacional, descriptivo y transversal porque analizaremos la situación de salud de un paciente con Tuberculosis Ósea y su influencia en el deterioro funcional del paciente, de manera que se pueda implementar intervenciones y cuidados oportunos; es transversal porque se realiza en un tiempo determinado, independientemente de inicio y tratamiento de la enfermedad.

En el Ecuador es de vital importancia la epidemiología de la tuberculosis ya que hay más de 30.000 personas afectadas durante el año 2011, pero se estima que solo el 70% están recibiendo tratamiento, de las cuales un porcentaje considerable no lleva adecuadamente las recomendaciones del personal de salud, no cumplen con el tratamiento farmacológico, no reciben una atención médica y psicológica adecuada y no cumplen con prácticas saludables lo que impide reducir la morbilidad e incapacidad permanente, es aquí donde recae la importancia de la función enfermera y el impacto que tiene en la atención en salud. (MSP, 2013).

II.-OBJETIVOS

II. 1.- OBJETIVO GENERAL

- Analizar la intervención de enfermería brindada en tuberculosis ósea, mediante la valoración integral del paciente la misma que estará orientada al mejoramiento del estado de salud.

II. 2. - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la atención en salud y los cuidados de enfermería que el paciente recibió en el tiempo, persona y espacio para contribuir el mejoramiento del estado de salud del paciente.
- Determinar cuáles son los principales factores que han contribuido al deterioro funcional del paciente.
- Estructurar un plan de intervención de enfermería adecuada dirigida al paciente y a la familia sobre conductas y cuidados a seguir para mejorar las condiciones de vida del paciente.

III.- DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

III. 1.- RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE

En el centro de salud al que pertenecía la paciente se tuvo acceso a la HCL (Historia Clínica) en la que se pudo recopilar poca información ya que la paciente no acude con frecuencia a los controles pertinentes, se logra obtener la tarjeta de control y administración de tratamiento antituberculoso el cual registra la entrega del medicamento hasta el mes de junio del presente, con el esquema de tratamiento 2HRZE/4H3R3 (R: rifampicina, H: Isoniacida, Z: pirazinamida, E: Etambutol); con la respectiva hoja de derivación del paciente de una unidad de segundo nivel en la que se confirma el diagnóstico Tuberculosis Extra pulmonar Ósea con fecha de inicio del tratamiento del 23 de Octubre del 2014, a partir de la cual el centro de salud incluye a la paciente dentro del programa de manejo de la tuberculosis.

26/11/2014

Se realiza una visita domiciliaria en la que se registra que la paciente se encuentra en mejores condiciones generales con una Tensión Arterial de 90/60, Frecuencia Cardíaca de 88x', un peso de 50 kg, refiere dolor abdominal de moderada intensidad, edema de miembros inferiores ++.

24 /12/2014

En la evaluación paciente se determina un pérdida de peso importante de 5 kg, bastante álgico y con un deterioro evidente de la movilidad, y presencia de edema de miembros inferiores ++. Con signos vitales T/A: 90/60, FC: 78 x', FR: 20x'. Dentro de indicaciones médicas importantes se destacan: puericultura, consejería nutricional, miembros inferiores elevados, continuar medicación para Tb, medicación de Parkinson y la solicitud de referencia a una unidad de especialidad en medicina interna.

06/01/2015

Se realiza la hoja de referencia a una unidad de salud de segundo nivel ya que el centro de salud no cuenta con profesionales para manejar un cuadro agudo de complicaciones que empezaron a manifestarse en la paciente, en el cual se detalla paciente de 69 años con APP (antecedentes patológicos personales) de Tb (tuberculosis) Ósea, que presenta disnea más edema de miembros inferiores ++/++++ acompañada de angustia y cefalea generalizada, y con un diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda.

Posteriormente se logra obtener la HCL de la unidad de salud a la que fue referida la paciente sin obtener información relevante ya que HCL anterior se encontraba extraviada.

10/01/2015

Se realiza la primera nota de evolución en la cual se describe paciente de 70 años sexo femenino, ocupación comerciante con antecedentes patológicos personales de Parkinson hace 3 años, insomnio; antecedentes quirúrgicos de apendicetomía, cesárea; antecedentes ginecológicos y obstétricos importante como: FUM: hace 31 años, 5 gestas, 4 partos, no alergias importantes y antecedentes familiares de cardiopatía (padre). Resumen de cuadro clínico: mucosas orales húmedas, Corazón: ruidos cardiacos rítmicos, pulmones murmullo vesicular conservados, abdomen duro, distendido, RHA (ruidos hidroaéreos aumentados), timpánico a la percusión, dolorosos a la palpación, disnea, edema generalizada, úlcera de decúbito grado I en talón izquierdo. Se le realizan pruebas de laboratorio obteniendo resultados de Hematología: HCT: 27,5 %, HGB: 12.8 g/dl, WBC: 5410 $10^3/uL$, HCM: 32.5, MCH: 35pg; Química Sanguínea: glucosa de 89mg/dl, Urea de 34, creatinina 0.88mg/dl, Ac. Úrico: 3,3 mg/dl, BUN: 16.

12/01/2015

Se le realiza una tomografía axial computarizada en el cual se observan cambios atróficos corticales moderados; un eco cardiograma que revela un Fr (factor) de eyección: 62%, Fr Acor: 33% con diagnóstico de insuficiencia mitral leve e hipertensión pulmonar leve. Se evidencia el resultado de una Biopsia de vertebra la cual refleja una afectación medular (Mal de Pott).

02/02/2015

La paciente es valorada por traumatología y se decide intervención quirúrgica realizando una Artrodesis posterior e inmovilización con corsé; sin presentarse complicaciones.

Como un compendio del tratamiento farmacológico que la paciente recibió podemos resaltar: esquema uno (2HRZE/4H3R3) para tuberculosis ósea, insomnio medicado con alprazolam 0,75mg; dispepsia con ranitidina 300mg cada día (QD) y digiril QD; Tramadol 15 gotas c/12h (TID) para el dolor, furosemida 40 mg por vía oral (VO) QD, ASA QD, Acido Fólico QD, Calcio y vitamina D, ácido fusídico en lesiones ulceradas TID.

23/03/2015

La paciente también recibe atención de especialidades por medio de interconsultas con Fisiatría en la cual se le diagnostica una paraplejia como secuela de la intervención quirúrgica de columna y con alternativa de tratamiento de Fisioterapia, con Psiquiatría en la cual se diagnostica un Trastorno Depresivo y medicación para la misma con alprazolam 0.75 mg HS Fluoxetina 20mg VO QD.

IV.- IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE

Ya que no se pudo obtener toda la información requerida de las historias clínicas se procedió a la elaboración y aplicación de un cuestionario de preguntas basado en los 11 patrones funcionales de Marjorie Gordon. La valoración por Patrones Funcionales tiene como objetivo determinar el perfil funcional del individuo, buscando si existe alteración o riesgo de alteración de alguno de ellos para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación y que ayude a eliminar o disminuir la disfuncionalidad.

<u>PATRONES FUNCIONALES M. GRORDON</u>	
1. PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO	<p>Pcte. Refiere falta de apetito y que últimamente ha tenido molestias como náusea, vómito, tiene un aporte nutricional deficiente ya que la comida que ingiere es en poca cantidad para evitar estas molestias por lo que ha perdido peso en los últimos meses, además nos comenta que no consume una dieta equilibrada. Se puede observar que la paciente tiene dependencia para alimentarse.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Riesgo nutricional alto Ver ANEXO 2➤ Peso: 50kg➤ Talla: 1.60m➤ IMC: 20
2. PATRON ELIMINACION	<p>Se puede identificar una alteración en la función urinaria ya que el paciente nos refiere tener algunas molestias al orinar como: disuria, Nicturia frecuente; en algunas ocasiones hematuria. Cabe mencionar un evidente deterioro sensitivo y motor lo que ocasiona dependencia de familiares para realizar las funciones básicas: micción y deposición</p>

	Índice Barthel: dependencia total. ANEXO 3
3. PATRON ACTIVIDAD REPOSO	<p>Paciente con decaimiento, debilidad generalizada y frecuente, se puede observar inestabilidad postural, dificultad para el movimiento, debido al deterioro músculo esquelético propio de la enfermedad, miembros inferiores con edema +++/++++ con circulación distal disminuida, zonas eritematosas a nivel del sacro y coxis, úlcera por decúbito grado II en glúteo izquierdo consecuencia de largos periodos de inmovilización</p> <p>Escala de Barthel: dependencia total. ANEXO 3</p>
4. PATRON SUEÑO Y DESCANSO	<p>Se identifica también una clara alteración del patrón del sueño ya que la Pcte nos refiere problemas graves para conciliar el sueño, descanso a intervalos y requiere de la ingesta de fármaco (alprazolam 0.75 mg) para solucionar este problema, este problema ocasiona en la persona: angustia, ansiedad, debilidad y falta de energía.</p> <p>➤ Cuestionario Oviedo del sueño: Insomnio grave</p>
5. PATRON PERCEPCIÓN MANEJO SALUD	<p>Se puede apreciar un amplio desconocimiento de conductas y prácticas saludables una ausencia de medidas de prevención de la enfermedad y desinterés del paciente y la familia por mejorar la salud. El deterioro funcional del paciente origina una incapacidad para llevar a cabo actividades saludables. Además se puede percibir un rechazo a la atención sanitaria ya que la paciente no acude al centro de salud a recibir atención adecuada. Como hay dependencia funcional del paciente se puede observar también la</p>

	ausencia de medidas de prevención de accidentes.
6. PATRON ROL RELACIONES	<p>En la visita domiciliaria durante la entrevista a la paciente se puede identificar cierto nivel de soledad, hay apoyo familiar deficiente en cuanto a la salud ya que existe una falta de integración en la familia, aislamiento del núcleo familiar y falta de comunicación.</p> <p>➤ Apgar familiar: 6 puntos disfuncional leve Ver ANEXO 5</p>
7. PATRON COGNOCITIVO PERCEPTUAL	<p>La apreciación de conocimientos deficientes sobre la enfermedad, incomprensión de situaciones originadas por el proceso patológico provocan que haya un afrontamiento negativo hacia la situación de salud que atraviesa la paciente</p> <p>➤ Escala de dolor: Dolor moderado</p>
8. AUTOPERCEPCION AUTOCONCEPTO	<p>La paciente se encuentra en un estado anímico complejo que abarca diferentes problemas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Depresión: test depresión geriátrica ➤ Baja autoestima ➤ Tristeza ➤ Inquietud ➤ Desmotivación ➤ Expresiones de impotencia ➤ Carencia afectiva familiar
9. PATRON ADAPTACION Y TOLERANCIA AL ESTRÉS	<p>La Pcte nos refiere temor y ansiedad hacia los problemas futuros a los que tiene que enfrentar lo que hace que haya una impotencia y poca adaptación a los cambios producidos por la enfermedad y por ende un afrontamiento negativo al tratamiento y a la atención</p>

	<p>en salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Baja autoestima ✓ DEPRESION ANEXO 4
10. PATRON SEXUALIDAD REPRODUCCION	<p>Menarquia 14 años, menopausia 45 años, 5 gestaciones, partos 5, revisiones ginecológicas escasas</p>
11. PATRON VALORES CREENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Religión católica ✓ Valores religiosos ✓ La religión es importante en su vida ✓ La religión ayuda en sus problemas ✓ Apoyo en la iglesia

V.- DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA Y DETALLADA DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente N.N de 70 años de edad, mestiza sexo femenino nacida y residente en la ciudad de Ambato, múltipara, 5 hijos, viuda, vive con su hija en el sector Huachi Chico con APP: Parkinson hace 7 años en tratamiento con stalevo 200mg a las 8 am y 8 pm, AQX: apendicetomía y cesárea hace 32 años. AGO: FUM hace 28 años, 5 gestas 4 partos; AF: cardiopatía (padre). Paciente que es diagnosticada de Tuberculosis ósea hace 10 meses por presunto contacto en la infancia con una persona infectada, en Octubre Pcte acude al centro de salud de la localidad por presentar fiebre, vómito, diarrea y cefalea de moderada intensidad de 15 días de evolución, además presentaba una fístula a nivel de la región glútea que drenaba liquido amarillo seroso que había aparecido días anteriores y que seguía agravándose según testimonio de la hija; la paciente en el centro de salud es tratada con antibiótico por vía oral y curaciones diarias de la herida, transcurridos 8 días aproximadamente y sin mejoría alguna familiares de la paciente deciden acudir por consulta externa a una unidad de salud de segundo nivel, en el cual es valorada y se le indica una radiografía de cadera conjuntamente con cultivo de secreción de la parte afectada con los siguientes resultados radiografía: imágenes con calcificaciones y destrucción leve de la cabeza del fémur, luxación de la cadera homolateral, análisis microbiológico en el que se determinó el crecimiento de Mycobacteria tuberculosa Humana (MTbH).

La conducta médica a seguir fue iniciar una terapia anti bacilar con esquema uno del programa nacional del control de la tuberculosis (2HRZE/4H3R3) con hoja de derivación de la paciente a la unidad de salud cercana al domicilio de la paciente, con fecha de inicio del tratamiento 01 de Noviembre del 2014. La paciente recibe una dosis terapéutica que corresponde a R. 600mg +Z: 1500mg+H: 300mg+E: 1200mg que en multidosis corresponde a 4 tabletas. Se le realiza una prueba de VIH el 04 de Noviembre del 2014 por indicación del médico consultor de la estrategia del control de la tuberculosis obteniendo un resultado negativo; quedo

el examen patológico de muestra ósea. En el primer control evolutivo en el centro de salud en el que se comprueba una evidente mejoría de la lesión, se procede a realizar la respectiva curación y se continúa con el tratamiento antituberculoso. En la primera visita domiciliaria en la evolución se destaca que la paciente refiere dolor tipo cólico a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho, abdomen doloroso a la palpación, miembros inferiores con edema +/-+++ bilateral, presencia de úlcera por decúbito grado I en talón derecho, TA: 90/60 FC: 67 x' con diagnósticos Tb ósea, Depresión, Úlcera por decúbito a lo que se prescribe: puericultura, consejería nutricional, cambios de posición c/2h, movimientos pasivos Butilescopolamina 10 mg VO QD, interconsulta con Psiquiatría la cual no se le realizó debido a la falta de profesional en el centro de salud, continuar con medicación para Tb.

El examen de patología de muestra ósea reporta Mal de Pott con afectación medular, se realiza visita domiciliaria 04 de enero 2015 y se encuentra a la paciente en regular estado general entre los hallazgos significativos encontramos: abdomen duro, distendido y dolorosos a la palpación, RHA aumentados; extremidades: pulsos distales conservados, edema +/-+++ , temblor fino en miembro inferior izquierdo TA: 94/60 FC: 68x' Peso 47Kg observando una pérdida de peso significativa. Con diagnósticos Tb ósea, Depresión, Parkinson y se sospecha de ICC; se indica puericultura, consejería nutricional, miembros inferiores elevados, continuar medicación para Tb y Parkinson y referencia a unidad de salud del siguiente nivel en la cual motivo de referencia es la falta de profesional y diagnósticos de Mal de Pott a D/C ICC, Insuficiencia renal aguda.

En esta unidad de salud la paciente es valorada por traumatología y se decide intervención quirúrgica realizando una Artrodesis posterior e inmovilización con corsé. Además se realiza un eco cardiograma el 24 enero del 2015 el cual reporta Fr de eyección de 62% y Fr Arcor de 33%, Insuficiencia mitral leve, hipertensión pulmonar leve confirmando así el diagnóstico de ICC por insuficiencia mitral la que posteriormente será tratada con Lortid 100mg VO QD. La paciente acude el 10 de febrero por control post quirúrgico y con motivo de consulta edema de

miembros inferiores, dolor de moderada intensidad en región lumbar, con resultados de laboratorio con hemoglobina y hematocrito evidenciando anemia y osteopenia, se indica medicación oral: furosemida 40 mg QD, tramadol 15 gotas c/8h, ASA QD, Ácido fólico, calcio y vitamina D.

Se realiza interconsulta con Fisiatría en la cual se diagnostica paraparesia secuela de intervención quirúrgica de columna con tratamiento de sesiones de fisioterapia de las cuales la paciente ha recibido 3 hasta la fecha. Conjuntamente se realiza interconsulta con Psiquiatría en la cual se atribuye el diagnóstico de Trastorno Depresivo el cual se trata con Fluoxetina 20mg QD, alprazolam 0,5 mg HS. La paciente al momento continúa tratamiento antituberculoso esquema dos: fase inicial 2HRZES–1HRZE/5H3R3E3, medicación para Parkinson y medicación diaria hablada anteriormente.

VI.- DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Conjunto de factores personales, sociales y ambientales que determinan el estado de salud de la población (OMS, 2010).

VI. 1.- RIESGO BIOLÓGICO Y PATOLÓGICO

Edad.- paciente que a más de la enfermedad de base se adjuntan otras patologías como Parkinson, ICC, Depresión, Insomnio. Hablamos de una paciente adulta mayor que desarrolla enfermedad tuberculosa antigua debido a que se produce un declive en la protección inmunológica tanto en la producción de anticuerpos como en la disminución de la memoria inmune que es dada a través de la vacunación.

En pacientes adultos mayores aumenta la posibilidad de tipos de tuberculosis extra pulmonar a partir de los 65 años por las razones mencionadas anteriormente, conocemos que la paciente adquirió el bacilo durante la infancia por contacto directo con una familiar infectado pero la enfermedad nunca se manifestó hasta la fecha actual en el que la paciente presenta los primeros síntomas a los 69 años de edad. Además debemos tomar en cuenta que el tratamiento puede verse afectado por diferentes circunstancias como son el apareamiento de efectos adversos debido a cambios farmacocinéticos y fármaco dinámicos asociados al envejecimiento y por supuesto la dificultad en la adhesión al tratamiento debido a defectos en los órganos de los sentidos y alteraciones funcionales y cognitivas de la paciente.

Nutrición.- la paciente se encuentra recibiendo un complejo tratamiento medicamentoso en el cual se incluye: medicamentos antituberculosos, medicación para tratar el Parkinson, dolor, sedantes y vitaminas entre otros; y es científicamente conocido que todas estas drogas especialmente aquellas destinadas para la tuberculosis producen trastornos gastrointestinales que alteran la absorción de nutrientes además de ocasionar en la paciente sintomatología

como náusea, vómito y alteración del gusto y olfato cuya consecuencia es la disminución en el consumo de alimentos y por ende el deterioro del estado nutricional.

VI. 2.- RIESGO AMBIENTAL

Socioeconómico.- la paciente pertenece a una familia de clase media, trabajaba en actividades de comercio y era un ente productivo del hogar hasta las primeras manifestaciones de la enfermedad, las condiciones de salud que está atravesando actualmente la paciente le obligó a dejar de lado esta actividad económica y depender únicamente del sustento económico que sus hijos le proveen, esto maximiza el problema de salud de la paciente ya que la tuberculosis involucra importantes gastos económicos que recaen en la paciente y su familia afectando la eficacia y adhesión al tratamiento ya que por falta de recursos económicos la paciente descuida su alimentación, se priva de suministros médicos que no pueden ser provistos por el ministerio de salud y que corren por cuenta del paciente.

Entorno.- constituye un factor importante que altera el estado de salud de la paciente ya que desde el punto de vista geográfico el domicilio de la paciente está ubicado a una distancia considerable del centro de salud y debido a las condiciones de salud y al deterioro funcional que enfrenta la paciente impide que ella acuda periódicamente a recibir atención médica ya que necesariamente debe recibir la ayuda de sus familiares para su movilización y traslado ocasionando retraso en la atención médica, incumplimiento del tratamiento antituberculoso e inasistencia a controles periódico necesarios.

Emocional, afectivo y psicológico.- por testimonio de la paciente y durante la visita domiciliaria se pudo determinar que existe una serie de conflictos familiares y afectivos, no recibe el apoyo total e incondicional de los miembros de su familia ya que coexiste una falta de comunicación de la paciente a sus hijos y viceversa,

además se percibe poco interés por mejorar las condiciones de salud actuales, una serie de problemas de los hijos por la designación en el cuidado y atención de la paciente, ocasionando que la mayor parte del tiempo permanezca sola en su domicilio lo que agudiza el nivel de ansiedad, tristeza y se proyecte como depresión.

VI. 3.- RIESGO SISTEMA SANITARIO

La misión del programa de control de la tuberculosis es asegurar la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y observado de la enfermedad. La paciente accede de forma gratuita a la atención médica y al tratamiento de su enfermedad, una vez que la paciente busca atención en salud esta se realizó de forma oportuna y eficaz regida por el protocolo de atención, el seguimiento de la evolución de la enfermedad a través de las visitas domiciliarias siempre con un enfoque curativo mas no preventivo ya que no se ha hecho énfasis en la educación del paciente y la familia como método preventivo para evitar o disminuir complicaciones propias de la enfermedad; se puede constatar un afrontamiento negativo hacia el proceso de la enfermedad y una carencia en la aplicación de conductas saludables y todo esto como resultado de la falta de información y conocimiento de la paciente y la familia sobre la conducta a seguir durante el tratamiento y rehabilitación, función que está a cargo del personal de salud.

VII.- ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

VII. 1.- OPORTUNIDAD DE CONSULTA

Al primer contacto de la paciente con el personal de salud en el nivel de atención primaria no se pudo identificar la enfermedad real de la paciente ya que fue confundido con un cuadro infeccioso, transcurridos 8 días aproximadamente y al no observar mejoría, la paciente decide acudir a una unidad de salud de segundo nivel en donde gracias a la experiencia y los medios de diagnóstico disponibles se logra determinar un diagnóstico acertado y se inicia la atención integral de acuerdo con lo establecido en el protocolo de atención a pacientes con tuberculosis todo esto se da en un lapso de tiempo de alrededor de 1 mes desde el primer contacto con la paciente hasta el inicio del tratamiento antituberculoso.

VII. 2.- ACCESO: DIFICULTADES GEOGRÁFICAS Y DE ORDEN PÚBLICO

Si hablamos de la localización geográfica de la paciente con respecto a la unidad de salud podemos analizar que se encuentra a una distancia considerable y accesible pero hay que considerar que la paciente se encuentra afectada por una enfermedad cuyo principal problema es la destrucción de las estructuras óseas y articulares provocando así una disminución de las capacidades funcionales que involucra: dificultad para el movimiento, la traslación y dependencia para llevar a cabo la mayor parte de necesidades básicas lo que dificulta que la paciente se acerque al centro de salud periódicamente para recibir la atención pertinente y necesaria.

VII. 3.-CARACTERÍSTICAS EN LA ATENCIÓN

Podemos definir la atención que la paciente ha recibido como adecuada en cuanto al manejo de acuerdo al protocolo de atención establecido, ya que el personal de salud ha tomado como prioridad de atención el tratamiento farmacológico y quirúrgico brindando una atención integral, eficaz y oportuna. Se le proporciono a la paciente atención especializada para tratar los diferentes problemas de salud que se han originado durante la evolución de la enfermedad, además de diferentes medios de diagnóstico disponibles que ayudaron a determinar un diagnóstico adecuado y oportuno. Pero se puede identificar también una escasa atención por parte del personal de salud en cuanto a la prevención y promoción de salud mediante la educación y capacitación tanto del paciente como de la familia; aspecto fundamental para lograr una adhesión más eficaz al proceso de la enfermedad como al tratamiento y rehabilitación del paciente sino que además puede ayudar a prevenir o disminuir complicaciones que pudiesen presentarse durante la enfermedad.

VII. 4.- OPORTUNIDADES EN LA REFERENCIA

La oportunidad de referencia en pacientes con este tipo de patología debe realizarse inmediatamente al nivel de salud que cuente con una capacidad resolutive adecuada con profesionales especializados para tratar este tipo de pacientes, en el caso que presentamos la referencia no se la hizo en un principio ya que la paciente acude directamente al nivel superior de salud al no encontrar mejoría después de recibir atención en el nivel primario; pero una vez establecido el tratamiento, se realizó oportunamente la referencia de la paciente cuando empezaron a aparecer complicaciones propias de la enfermedad y que necesitaban una atención especializada la misma que se podría ofrecer en un nivel de atención superior que cuenta con las áreas y especialidades para garantizar un manejo integral y multidisciplinario.

VII. 5.-TRÁMITES ADMINISTRATIVOS

En cuanto al área administrativa no hubo mayor problema debido a que se obtuvo oportunamente la prestación de recursos y servicios a los que la paciente tuvo acceso como la resolución para la intervención quirúrgica, solicitudes de tratamientos fisioterapia y rehabilitación además de solicitudes para que la paciente tenga acceso gratuito a medicinas parte de los insumos médicos que la paciente requería.

VIII.- IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRITICOS

La valoración de enfermería enfoca su atención sobre 11 patrones con vital importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades los cuales son interactivos e interdependientes los mismos que van a surgir de la evolución entre el paciente y su entorno los mismos que van a estar influenciados por factores biológicos, culturales, sociales y del sistema de salud.

Identificaremos los puntos críticos durante el diagnóstico, evolución y tratamiento de la enfermedad basándonos en los patrones funcionales de M. Gordon, priorizándolos según las necesidades de Maslow y evaluando la atención en salud recibida.

- ✓ Los eventos que predispusieron la aparición de la patología abarcan: paciente adulto mayor con declive en la protección inmunológica, patologías adyacentes como Parkinson, ICC, Depresión que agudizan el estado de salud y una evolución clínica aguda de la patología desde la aparición de la sintomatología hasta la resolución de la intervención quirúrgica por compromiso vertebral.

<u>Patrón</u> <u>Nutricional</u>	Aporte nutricional deficiente debido a trastornos gastrointestinales producidos por el consumo de medicamentos con gran carga tóxica. <ul style="list-style-type: none">✓ Náusea, Vómito, Inapetencia✓ Pérdida de peso importante✓ Dieta no equilibrada✓ Riesgo nutricional alto. Ver ANEXO 2
<u>Patrón</u> <u>Eliminación</u>	Describe la capacidad del individuo en relación a la función excretora y todos los aspectos que se relacionan con la misma, pudiendo determinar una alteración de la función urinaria debido a una disminución del riego sanguíneo y a la gran cantidad de carga tóxica medicamentosa eliminada a nivel

	<p>renal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Disuria ✓ Nicturia ✓ Hematuria ✓ Deterioro sensitivo y motor ✓ Dependencia funcional en el paciente.
<p><u>Patrón actividad y reposo</u></p>	<p>Las capacidades para la movilidad autónoma y las actividades de la vida cotidiana las cuales se ven afectadas debido a la destrucción progresiva de las estructuras óseas y articulaciones provocan diferentes trastornos a nivel músculo esquelético como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Debilidad ✓ Decaimiento ✓ Inestabilidad postural ✓ Atrofia muscular ✓ Edema de miembros inferiores ✓ Circulación distal disminuida ✓ Zonas eritematosas a nivel del sacro y coxis ✓ Úlcera por decúbito grado II en glúteo izquierdo ✓ Deterioro funcional ✓ Dolor al movimiento ✓ Periodos largos de inmovilización ✓ Escala de Barthel: 20 puntos dependencia total <p>Ver ANEXO 3</p>
<p><u>Patrón sueño y descanso</u></p>	<p>Valorar este patrón es describir la efectividad del sueño y descanso desde la perspectiva de la paciente el mismo que se altera debido a situación altamente compleja por la que atraviesa la paciente, que implica diferentes manifestaciones patológicas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ansiedad ✓ Dolor

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Debilidad ✓ Falta de energía ✓ Insomnio grave ✓ Dependencia farmacológica ✓ Alteración del patrón del sueño ✓ Problemas para conciliar el sueño
<p><u>Patrón percepción manejo salud</u></p>	<p>Describe la percepción del paciente a cerca de su salud y bienestar, el manejo de los riesgos para la salud y las conductas generales de cuidado de la misma, tales como las medidas de seguridad y la realización de actividades de promoción de la salud física y mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de prácticas saludables ✓ Ausencia de medidas de prevención de la enfermedad ✓ Desinterés por mejorar la salud ✓ Incapacidad para llevar a cabo actividades saludables. ✓ Ausencia de medidas seguridad de medicamentos ✓ Rechazo a la atención sanitaria ✓ Ausencia de medidas de prevención de accidentes.
<p><u>Patrón rol relaciones</u></p>	<p>Es un factor determinante para la salud de la paciente ya que describe el patrón de compromiso del rol y relaciones del paciente y su familia en el proceso de enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incomprensión ✓ Desesperanza ✓ Soledad ✓ Apoyo familiar deficiente ✓ Falta Integración en la familia ✓ Aislamiento del núcleo familiar ✓ Falta de comunicación familiar ✓ alteración de la relación familiar ✓ Apgar familiar: 6 puntos disfuncional leve <p style="text-align: center;">Ver ANEXO 5</p>

<p><u>Patrón cognoscitivo perceptual</u></p>	<p>El objetivo de este patrón es conocer el estado de la capacidad cognitiva del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conocimientos deficientes sobre la enfermedad ✓ Incomprensión de situaciones originadas por el proceso patológico ✓ Afrontamiento negativo hacia la situación de salud actual ✓ Escala de dolor: Dolor moderado ANEXO 7 ✓ Dolor tipo punzante a nivel lumbar ✓ Hipoacusia
<p><u>Autopercepción y Autoconcepto</u></p>	<p>Conocer el concepto y la percepción que el paciente tiene de sí mismo identificar como afectado el proceso de la enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Depresión: test depresión geriátrica Ver ANEXO 4 ✓ Baja autoestima ✓ Tristeza ✓ Inquietud ✓ Desmotivación ✓ Expresiones de impotencia ✓ Carencia afectiva familiar
<p><u>Patrón adaptación y tolerancia al estrés</u></p>	<p>Describe la adaptación y el afrontamiento de la paciente a procesos vitales y de la enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Temor ✓ Ansiedad ✓ Tristeza ✓ Dolor crónico ✓ Soledad ✓ Impotencia ✓ Poca adaptación a los cambios por la enfermedad ✓ Afrontamiento negativo a la enfermedad y al tratamiento. ✓ Incapaz de afrontar el estrés

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Baja autoestima ✓ Preocupación
<u>Patrón sexualidad reproducción</u>	<p>Describe alteraciones ginecológicas y de la sexualidad que se han visto afectadas por el proceso de la enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Menarquia 14 años ✓ Menopausia 45 años ✓ 5 gestaciones ✓ Partos 5 ✓ Abortos 1 ✓ Revisiones ginecológicas escasas
<u>Patrón valores creencias</u>	<p>Describe las creencias, valores y objetivos religiosos del paciente que influyen en las decisiones con respecto a los procesos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Religión católica ✓ Valores religiosos ✓ La religión es importante en su vida ✓ La religión ayuda en sus problemas ✓ Apoyo en la iglesia

IX.-CARACTERIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

DIAGNÓSTICO	OPORTUNIDADES DE MEJORA
<p>Desequilibrio nutricional por defecto r/c Incapacidad para ingerir y digerir los alimentos m/p pérdida de peso, inapetencia.</p>	<p>Apoyo Nutricional</p>
ACCIONES DE MEJORA	
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la causa de las náuseas y vómitos (medicación, intoxicación), para poder determinar las intervenciones a seguir. • Mantener el ambiente libre de olores, perfumes, productos de limpieza que pueden exacerbar las náuseas y vómitos. • Evitar los movimientos bruscos, mantener en una sola posición al paciente mientras se alimenta para evita el vómito. • Valorar la habilidad del usuario para alimentarse por sí solo. • Proporcionar un ambiente tranquilo y agradable para comer. • Proporcionar información sobre una conducta adecuada de nutrición que fomenten la calidad de vida de la paciente. • Enseñar la importancia del consumo de una dieta equilibrada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar, medicación para el dolor antes de la comida si es necesario y un plan de actividades para prevenir la fatiga antes de la comida. • Enseñar a la familia la forma adecuada para darle de comer al paciente evitando la mezcla de alimentos. • Permitir que el paciente participe en la alimentación proporcionar indicaciones verbales, elogios por los intentos de alimentación. • Determinar la causa de la incapacidad para alimentarse sobre la cual irán dirigidos los cuidados. • Capacitar a la familia sobre la forma adecuada de ayudar a la paciente a alimentarse. • Fomentar la participación activa del paciente durante la alimentación

DIAGNÓSTICO	OPORTUNIDADES DE MEJORA
<p>Deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física m/p deterioro de las capas de la piel, zonas de prominencias óseas eritematosas UPP.</p>	<p>Facilitación del Autocuidado Úlceras por presión</p>
ACCIONES DE MEJORA	
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la zona de deterioro cutáneo y determinar la causa. • Monitorizar la zona de deterioro cutáneo al menos una vez al día para detectar cambios de color, enrojecimiento, hinchazón, calor, dolor u otros signos de infección. • Vigilar con especial atención zonas de prominencias óseas. • Proporcionar como medida alternativa masaje circular en el paciente para fomentar la circulación en zonas de mayor riesgo a formar UPP. • Minimizar la exposición de la zona de deterioro cutáneo a humedad, sudoración, líquido de incontinencia. • En pacientes con limitación de movimiento valorar escala de NORTON • Cambios de posición cada 2 horas y evitar presión y fricción. • Proporcionar soporte a las zonas con prominencias óseas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a la familia la importancia de mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas. • Enseñar a la familia a no posicionar al paciente sobre el lado de deterioro cutáneo. • Orientar sobre la importancia de valorar diariamente la piel en personas con riesgo de pérdida de integridad de la misma. • Enseñar a la paciente o a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida. • Proporcionar un plan de cuidados para UPP escrito al paciente y a la familia. • Enseñar al paciente o a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida. • Enseñar a los miembros de la familia / cuidador a vigilar signos y síntomas de infección. • Fomentar la deambulaci3n.

DIAGNÓSTICO	OPORTUNIDADES DE MEJORA
<p>Mantenimiento ineficaz de la salud r/c afrontamiento familiar ineficaz. M/p Falta de prácticas saludables, ausencia de medidas de prevención, desinterés por mejorar la salud, desconocimiento actividades saludables.</p>	<p style="text-align: center;">Educación del Paciente</p>
ACCIONES DE MEJORA	
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico • Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología/ según cada caso. • Evaluar los patrones familiares, económicos y culturales que influyen en el incumplimiento del régimen terapéutico. • Ayudar al usuario a elegir un estilo de vida saludable y a realizarse controles diagnósticos frecuentes. • Ayudar al paciente a reducir el estrés. • Diseñar material educativo dirigido al paciente y a la familia sobre conductas saludables. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. • Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir /minimizar los efectos secundarios de la enfermedad. • Enseñar al paciente medidas para controlar /minimizar síntomas, si procede. • Incluir un enfoque en la promoción de salud dirigido a l paciente y la familia para evitar complicaciones propias de la enfermedad. • Proveer de material de apoyo sobre medicación, alimentación, etc para asistir con el cumplimiento de actividades propuestas. • Hacer que el paciente demuestre los procedimientos y cuidados aprendidos.

DIAGNÓSTICO	OPORTUNIDADES DE MEJORA
<p>Deterioro de la movilidad física r/c deterioro músculo esquelético y pérdida de la integridad ósea m/p limitación de las actividades motoras, limitación de movimiento e inestabilidad postural.</p>	<p>Control de la Actividad y Ejercicio</p>
ACCIONES DE MEJORA	
<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente a utilizar posturas y mecanismos corporales para evitar lesiones al realizar cualquier actividad física. • Aplicar medidas anti embolia, elevar gradualmente la cabecera de la cama, enseñar al paciente permanezca sentado unos minutos antes de ponerse de pie para evitar Hipotensión ortostática. • Animar al paciente a ponerse de pie y caminar con frecuencia. • Enseñar a la familia técnicas adecuadas para la movilización del paciente. • Fomenta la deambulacion diaria con periodos de descanso. • Fomentar la realización de ejercicios pasivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a los usuarios a utilizar correctamente los dispositivos ortopédicos silla de ruedas t caminadora antes de caminar. • Conseguir el número adecuado de ayudantes para hacer caminar al paciente. • Tomar el pulso antes de que el paciente empiece a caminar y luego cuando termine. • Valorar la presencia de balanceo excesivo, equilibrio escaso y corta longitud en el primer paso en los ancianos. • Recomendar actividades diarias que impliquen apoyo del peso • Recomendar la ingesta de suplementos de vitamina D y lácteos.

DIAGNÓSTICO	OPORTUNIDADES DE MEJORA
<p>Insomnio r/c malestar físico: dolor manifestado por dificultad para conciliar el sueño, disminución en la calidad de vida, debilidad, falta de energía.</p>	<p>Facilitación del Autocuidado</p>
ACCIONES DE MEJORA	
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el esquema de sueño y vigilia del paciente. • Valorar el nivel del dolor y utilizar medidas farmacológicas y no farmacológicas para el manejo del dolor • Valorar la presencia de signos de depresión en la paciente. • Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso. • Determinar el nivel de ansiedad en la paciente y utilizar técnicas de relajación. • Disminuir o eliminar el consumo de cafeína. • Proporcionar masaje en la espalda antes de dormir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener un entorno tranquilo sin ruidos. • Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes. • Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales. • Fomentar actividad física durante el día. • Proporcionar apoyo a la familia de la paciente con trastorno crónico del patrón del sueño • Enseñar a la familia de la paciente aplicación de intervenciones no farmacológicas para el insomnio.

X.- PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Se estructurar un plan de intervención de enfermería adecuada dirigida al paciente y a la familia sobre conductas y cuidados a seguir para mejorar las condiciones de vida del paciente, basado en la taxonomía NANDA, NIC Y NOC.

Con el proceso de atención de enfermería podemos proporcionar cuidados específicos de la respuesta humana ante la presencia de un problema o enfermedad y nos permite conocer de manera profunda y acertada la condición de salud de las personas y podremos identificar problemas de salud reales o potenciales priorizarlos y planificar las acciones para satisfacer las necesidades del paciente y evitar o disminuir complicaciones propias de la enfermedad.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS ÓSEA

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 1 Ingestión CÓDIGO DE DX: 00002			RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA MANTENER AUMENTAR	
Definición: ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas. DIAGNOSTICO Desequilibrio nutricional por defecto r/c Incapacidad para ingerir y digerir los alimentos m/p pérdida de peso, inapetencia.			ESTADO NUTRICIONAL : Ingestión alimentaria y de líquidos 1008 Dominio: salud fisiológica Clase: nutrición	100801 Ingestión alimentaria oral	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuado 1 • Ligeramente adecuado 2 • Moderadamente adecuado 3 • Sustancialmente adecuado 4 • Completamente adecuado 5 	2	4
				100803 ingestión de líquidos orales		2	4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
CLASE: D	Apoyo Nutricional	CAMPO: 1	Fisiológico Básico	CLASE: D	Apoyo nutricional	CAMPO:1	Fisiológico básico
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES Manejo de la nutrición 1100		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la causa de las náuseas y vómitos (medicación, intoxicación). • Mantener el ambiente libre de olores, perfumes, productos de limpieza. • Evitar los movimientos bruscos, mantener en una sola posición al paciente. 		<p>Actualmente se pueden prevenir estos episodios. (Garrett 2003).</p> <p>Los olores pueden exacerbar las N y V. (Garrett 2003)</p> <p>Los movimientos bruscos pueden exacerbar los síntomas (Garrett 2003)</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar cuidados de nutrición que fomenten la calidad de vida del usuario. • Proporcionar, medicación para el dolor antes de la comida si es necesario y un plan de actividades para prevenir la fatiga antes de la comida. 		<p>Los principios para guiar la garantía de la nutrición incluyen la satisfacción de las necesidades de los usuarios y el aumento de la calidad de vida. (Castellano 2004).</p> <p>El nivel de funcionamiento de los ancianos con condiciones médicas crónica aumenta si se controla el dolor y la fatiga. (Bennett et al 2002).</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la habilidad del usuario para alimentarse. • Observar la causa de la incapacidad para alimentarse. • Preguntar al paciente las preferencias de los alimentos y proporcionarlos. • Proporcionar un ambiente tranquilo y agradable para comer. 	<p>La valoración funcional proporciona datos de análisis de AVD para equiparar la habilidad del usuario para alimentarse con el nivel de ayuda del cuidador. (Van Ort y Phillys 1995).</p> <p>La planificación de programas reconstituyentes es específica para problemas de autocuidado (Phaneuf 1996).</p> <p>Cuando los usuarios han realizado alguna preferencia y elección de los alimentos; la ingesta y calidad de vida aumentan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al cuidador la forma adecuada para darle de comer al paciente evitando la mezcla de alimentos. • Permitir que el paciente participe en la alimentación proporcionar indicaciones verbales, elogios por los intentos de alimentación y aumentar las tares en lo posible. 	<p>La ingesta de comida aumenta cuando se está concentrado.</p> <p>La mezcla de alimentos disminuye el atractivo de la comida y por ende la ingesta de alimentos.</p> <p>Midwifery 2000.</p> <p>El paciente debe ser un ente activo en la alimentación y no un receptor pasivo (Osburn y Marshall 1993).</p>
---	--	--	--

NIVEL	ESECCIONALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO: 3 Eliminación/intercambio CLASE: 1 Función Urinaria CÓDIGO DE DX: 00016			RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA MANTENER AUMENTAR	
Definición: disfunción en la eliminación urinaria. Deterioro de la eliminación urinaria r/c deterioro sensitivo-motor m/p Disuria, Nicturia, incontinencia urinaria y oliguria.			ELIMINACION URINARIA 0503 Dominio: salud fisiológica Clase: Eliminación	05030I Patrón de eliminación	<ul style="list-style-type: none"> Gravemente comprometido 1 Sustancialmente comprometido 2 	3	4
				050330 Quemazón al orinar	<ul style="list-style-type: none"> Moderadamente comprometido 3 	3	4
				050333 Nicturia	<ul style="list-style-type: none"> Levemente comprometido 4 	3	4
				050312 Incontinencia urinaria	<ul style="list-style-type: none"> No comprometido 5 	3	4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
CLASE: B	Control de la eliminación	CAMPO: 1	Fisiológico Básico	CLASE: B	Control de la Eliminación	CAMPO:1	Fisiológico básico
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
Manejo de la eliminación 0590 <ul style="list-style-type: none"> Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. Realizar una valoración sistemática rutinaria para detectar incontinencia urinaria o síntomas de ITU. 		<p>La incontinencia urinaria y disfunción vesical es un problemas prevalentes en adultos mayores (Gray 20003).</p> <p>La ingesta de líquido, no consumir cafeína, y el entrenamiento vesical y del suelo pélvico redujo la frecuencia urinaria, el uso de absorbentes y la gravedad de STUI (Borrie et 2002).</p>		Cuidados en la incontinencia urinaria 0610 <ul style="list-style-type: none"> Enseñar al usuario a reconocer síntomas de hematuria y solicitar atención médica. Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (colas, café, té y chocolate). Mantener una adecuada 		<p>La hematuria en presencia de síntomas miccionales irritativos indica, en ausencia de ITU sugiere el riesgo de tumor en el Tracto Urinario que necesita investigación adicional (Mazhary, Kimmel 2002).</p> <p>EBE: La ingesta de líquido, no consumir cafeína, y el entrenamiento vesical y del suelo pélvico redujo la</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Realizar ejercicios para entrenamiento vesical y del suelo pélvico. • Enseñar al paciente a observar los signos y síntomas de infección del tracto urinario. • Derivar al paciente con dolor crónico del tracto urinario inferior al especialista. 	<p>El dolor vesical y síntomas de almacenamiento en ausencia de infección pueden indicar cistitis intersticial que requiere tratamiento prolongado. (Gray 2002)</p>	<p>hidratación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares. 	<p>frecuencia urinaria, el uso de absorbentes y la gravedad de STUI. (Borrie et 2002).</p> <p>Una adecuada limpieza de la zona genital impide la irritación de la piel.</p>
--	--	--	---

NIVE L	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO: 4 ACTIVIDAD Y REPOSO CLASE: 2 Actividad y Ejercicio CÓDIGO DE DX: 00085			RESULTAD OS	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA MANTENER AUMENTAR	
<p>Definición Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.</p> <p>Deterioro de la movilidad física r/c deterioro músculo esquelético y pérdida de la integridad ósea m/p limitación de las actividades motoras, limitación de movimiento e inestabilidad postural.</p>			MOVILIDA D	020S06	<ul style="list-style-type: none"> • Gravemente comprometido 1 • Sustancialmente comprometido 2 • Moderadamente comprometido 3 • Levemente comprometido 4 • No comprometido 5 	2	4
			0208	020S14 Se mueve con facilidad		2	4
			Dominio: salud funcional	020S05 Realización del traslado		3	4
			Clase: Movilidad	020801		3	4
				Mantenimiento del equilibrio			

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
CLASE: F	Control de la Actividad y Ejercicio	CAMPO: 1	Fisiológico Básico	CLASE: A	Control de la Actividad y Ejercicio	CAMPO: 1	Fisiológico Básico
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
Fomentar mecanismo Corporal 0140 <ul style="list-style-type: none"> Enseñar al paciente a utilizar posturas y mecanismos corporales para evitar lesiones al realizar cualquier actividad física. Aplicar medidas anti embolia, elevar gradualmente la cabecera de la cama, enseñar al paciente permanezca sentado unos minutos antes de ponerse de pie para evitar 		Una buena mecánica corporal permite la alineación de la columna vertebral con los miembros superiores e inferiores facilitando así el movimiento adecuado evitando así lesiones futuras (Hoeman 2002). Favorece la redistribución circulatoria para prevenir el		Enseñanza actividad/ ejercicio <ul style="list-style-type: none"> Ayudar a los usuarios a utilizar correctamente los dispositivos ortopédicos silla de ruedas t caminadora antes de caminar. Conseguir el número adecuado de ayudantes para hacer caminar al paciente. Tomar el pulso antes de que 		Estos dispositivos mantienen la estabilidad, inmovilización y la alineación al momento de caminar (Hoeman 2002). Previene el riesgo de caídas y disminuye la ansiedad, temor del paciente (Gee, Pasarella 1985). El pulso indica la tolerancia cardiaca a la marcha (Radwanski y Hoeman 1996).	

<p>Hipotensión ortostática.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a ponerse de pie y caminar con frecuencia. • Fomenta la deambulaci3n diaria con periodos de descanso. • Fomentar la realizaci3n de ejercicios pasivos 	<p>estancamiento de sangre en las piernas. (Halm 2001).</p> <p>El apoyo del peso y la contractura de las fibras musculares estimulan el crecimiento del hueso, absorci3n de calcio, previene la osteoporosis, y aumenta el transporte de ox3geno (Sims y Olson 2002).</p>	<p>el paciente empieza a caminar y luego cuando termine.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la presencia de balanceo excesivo, equilibrio escaso y corta longitud en el primer paso en los ancianos. • Recomendar actividades diarias que impliquen apoyo del peso, caminar. • Recomendar la ingesta de suplementos de vitamina D y l3cteos. 	<p>Este puede ser un problema que ayude a identificar problemas posturales (Mbourou 2003).</p> <p>El consumo abundante de calcio incrementa su reserva en el hueso, previene su p3rdida en ancianos reduce el riesgo fracturas (Heaney 2000)</p>
--	---	---	--

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO: 4 Actividad y Reposo CLASE: 1 Reposos y Sueño CÓDIGO DE DX: 00095			RESULTADOS	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA MANTENER AUMENTAR	
Insomnio r/c malestar físico: dolor manifestado por dificultad para conciliar el sueño, disminución en la calidad de vida, debilidad, falta de energía.			SUEÑO 0004 1008 Dominio: salud funcional Clase: mantenimiento de la energía	000401 Horas de sueño (como mínimo 5 h / 24 hrs)	<ul style="list-style-type: none"> • Gravemente comprometido 1 	3	4
				000402 Horas de sueño cumplidas	<ul style="list-style-type: none"> • Sustancialmente comprometido 2 	3	4
				000403 Patrón del sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Moderadamente comprometido 3 • Levemente comprometido 4 	3	4
				000404 Calidad del sueño	<ul style="list-style-type: none"> • No Comprometido 5 	2	4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
CLASE: F	Facilitación de los auto cuidados	CAMPO: 1	Fisiológico Básico	CLASE: F	Facilitación de los auto cuidados	CAMPO: 1	Fisiológico Básico
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
Mejorar el sueño <ul style="list-style-type: none"> Determinar el esquema de sueño y vigilia del paciente. Valorar el nivel del dolor y utilizar medidas farmacológicas y no farmacológicas para el manejo del dolor Valorar la presencia de signos de depresión en la paciente. 		<p>La valoración de la conducta y de los patrones del sueño es parte importante para la exploración del estado de salud. (Landis, 2002).</p> <p>El dolor conduce a la interrupción del sueño. (Stiefel, 2004)</p>		Manejo del ambiente: confort <ul style="list-style-type: none"> Mantener un entorno tranquilo sin ruidos. Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes. Fomentar actividad física durante el día. 		<p>El ruido excesivo altera el sueño. (Floyd, 1999).</p> <p>La incomodidad o el dolor pueden interrumpir el periodo de sueño.</p> <p>Aumento de actividades durante el día fomenta el sueño. (Richards, 2001)</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso. • Determinar el nivel de ansiedad en la paciente y utilizar técnicas de relajación. • Disminuir o eliminar el consumo de cafeína. • Proporcionar masaje en la espalda antes de dormir. • Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales. 	<p>La Hiperactivación del sistema nervioso central produce alteración del patrón del sueño. (Sateia, 2000)</p> <p>Las técnicas de relajación fomenta el sueño en pacientes con insomnio. (Floyd, 2000)</p> <p>La cafeína puede interferir en la conciliación del sueño. (Benca, 2005).</p> <p>Los masajes en la espalda son efectivos para fomentar la relajación. (Richards, 2003).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar apoyo a la familia de la paciente con trastorno crónico del patrón del sueño • Iniciar intervenciones no farmacológicas par el insomnio. 	<p>Puede alterar el patrón del sueño de la familia y aumentar el nivel de estrés. (Floyd, 2000)</p> <p>Las técnicas no farmacológicas como: relajación, masajes, intervenciones cognitivas y educativas ayudan a mantener la eficacia y continuidad del sueño. (Morin, 1999).</p>
--	--	--	---

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 11 SEGURIDAD Y PROTECCION CLASE: 2 LESION FISICA CÓDIGO DE DX: 00043		RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA MANTENER AUMENTAR	
Deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física m/p deterioro de las capas de la piel, zonas de prominencias óseas eritematosas UPP.		Integridad: piel y membranas mucosas 1101 Dominio: Salud fisiológica Clase: Integridad tisular	110111 Perfusión tisular	<ul style="list-style-type: none"> • Gravemente comprometido 1 • Sustancialmente comprometido 2 • Moderadamente comprometido 3 • Levemente comprometido 4 • No comprometido 5 	3	4
			11 0115 Lesiones cutáneas		2	4
			110121 Eritema		2	4
			110113 Piel intacta		3	4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
CLASE: F	Facilitación de los auto cuidados	CAMPO: 1	Fisiológico Básico	CLAS E: F	Facilitación de los auto cuidados	CAMPO: 1	Fisiológico Básico
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES			FUNDAMENTO CIENTÍFICO	ACTIVIDADES			FUNDAMENTO CIENTIFICO
CUIDADOS DE ULCERAS POR PRESIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la zona de deterioro cutáneo y determinar la causa. • Monitorizar la zona de deterioro cutáneo al menos una vez al día para detectar cambios de color, enrojecimiento, hinchazón, calor, dolor u otros signos de infección. • Vigilar con especial atención zonas de prominencias ósea • Minimizar la exposición de la zona 			Determinar la causa permite implementar acciones y cuidados apropiados. (Baranoski, Ayello 2003). La inspección sistemática puede identificar problemas tempranamente (Ayello, Braden 2002) La humedad favorece la	Cuidado de la piel: tratamiento tópico <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas. • Proporcionar soporte a las zonas con prominencias óseas • Inspeccionar diariamente la piel en personas con riesgo de pérdida de integridad de la misma. • Enseñar al individuo o a los miembros de la familia los 			El soporte en prominencias óseas impide la presión excesiva y prolongada y evita el deterioro de la integridad de la piel. La inspección sistemática puede identificar problemas tempranamente (Ayello, Braden 2002) Un plan de cuidados

<p>de deterioro cutáneo a humedad, sudoración, líquido de incontinencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En pacientes con limitación de movimiento valorar escala de NORTON • Enseñar a la familia a no posicionar al paciente sobre el lado de deterioro cutáneo. • Cambios de posición cada 2 horas y evitar presión y fricción. • Valorar el estado nutricional de la paciente • Enseñar a los miembros de la familia / cuidador a vigilar signos y síntomas de infección. 	<p>formación de UPP por maceración de la piel. (WOCN, 2003)</p> <p>Nos ayuda a identificar el riesgo de erosión de la piel por inmovilidad. (Ayello, Braden 2002)</p> <p>Una adecuada ingesta nutricional favorece la cicatrización de heridas. (Russell, 2001)</p> <p>Ayuda a detectar tempranamente problemas y prevenir complicaciones. (Ayello, Braden 2002)</p>	<p>procedimientos de cuidado de la herida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un plan de cuidados para UPP escrito al paciente y a la familia. • Enseñar al individuo o a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida. • Proporcionar como medida alternativa masaje circular en el paciente para fomentar la circulación en zonas de mayor riesgo a formar UPP. 	<p>escrito permite que tanto el paciente como la familia tengan un sustento y ayuda, permite el cumplimiento de los cuidados determinados. (Russell, 2001)</p> <p>Un conocimiento apropiado del cuidado de las heridas por parte de los familiares ayuda a llevar un manejo adecuado de las mismas. (Ayello, Braden 2002)</p>
---	--	--	---

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO: 9 AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRESS CLASE: 2 RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO CÓDIGO DE DX: 00146			RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA MANTENER AUMENTAR	
Definición: sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.			Afrontamiento de problemas 1302 Dominio: Salud Psicosocial Clase: Adaptación Psicosocial	130201 Identifica patrones de superación eficaces	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca demostrada 1 • Raramente demostrada 2 • A veces demostrada 3 • Frecuentemente demostrada 4 • Siempre demostrada 5 	2	4
Diagnóstico: Ansiedad r/c cambios en el estado de salud m/p angustia, temor, alteración del sueño, nerviosismo, preocupación				130205 Verbaliza aceptación de la situación		2	4
				130208 Se adapta a los cambios en desarrollo	2	4	

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
Clase: T	Fomento de la comodidad psicológica	Campo: 3	Conductual	Clase: R	Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	Campo: 3	Conductual
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el nivel de ansiedad y las reacciones físicas a la ansiedad por parte del paciente (taquicardia, taquipnea, expresiones no verbales de ansiedad). • Cuando sea posible intervenir para eliminar las fuentes de ansiedad. 		<p>Se sabe que la ansiedad intensifica los síntomas físicos (Schreier, Davis 2004)</p> <p>La ansiedad tiene un efecto negativo en la calidad de vida del paciente (Schreier, Williams 2004).</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la familia a apoyar al paciente ante los síntomas de la ansiedad. • Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. • Enseñar al paciente y la familia las técnicas de autocontrol de la ansiedad. 		<p>El apoyo familiar, la autoestima, y el optimismo reaccionan de manera positiva ante la ansiedad (Mc Nicholas 2002).</p> <p>Enseñar al paciente técnicas de autocontrol de la ansiedad ayuda a disminuir los efectos secundarios con las conductas de autocuidado (Blanchard</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Educar al paciente y explicarle todos los procesos que involucran su estado de salud. • Explorar las habilidades de afrontamiento utilizadas por el usuario para mitigar la ansiedad y reforzar estas habilidades. 	<p>Con la educación del paciente, este sufre menos ansiedad y Distrés emocional y aumentan las habilidades de afrontamiento porque saben que esperar(Review 2000)</p> <p>Escuchar a los usuarios y ayudarles a diferenciar los temores y las expectativas, les anima a tomar las riendas de su vida (Fishel 1998).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente técnicas de relajación muscular. • Enseñar al usuario a imaginar la ausencia del dolor y la ansiedad, la solución del conflicto y la experiencia provechosa de la situación. <p>Educar al paciente y a la familia enfrentar de forma positiva los cambios que se producen durante la enfermedad</p>	<p>2001).</p> <p>Mediante la intervención de relajación muscular progresiva se obtuvo una reducción significativa de la ansiedad (Weber 1996).</p> <p>La imaginación guiada resulta útil en la disminución de la ansiedad.</p> <p>Un afrontamiento positivo evita posibles periodos de ansiedad.</p>
---	--	--	--

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO: 12 CONFORT CLASE: 1 Confort Físico CÓDIGO DE DX: 000133			RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA MANTENER AUMENTAR	
Definición: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos. Dolor crónico r/c incapacidad física crónica m/p cambios en el patrón de sueño, informes verbales de dolor, depresión.			CONTROL DEL DOLOR Dominio: Conocimiento y conducta de salud Clase: Conducta de salud	160502 Reconoce e l comienzo del dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca demostrada 1 • Raramente demostrada 2 • A veces demostrada 3 • Frecuentemente demostrada 4 Siempre demostrada 	3	4
				160501 Reconoce factores causales		3	4
				160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas		1	3
				160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada		2	4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
CLASE: E	Fomento de la Comodidad física	CAMPO: 1	Fisiológico Básico	CLASE: E	Fomento de la Comodidad física	CAMPO: 1	Fisiológico Básico
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
MANEJO DEL DOLOR		La valoración inicial del dolor es de gran importancia para guiar el plan de cuidados del dolor.		<ul style="list-style-type: none"> • Pedir al paciente que describa su apetito, eliminación intestinal, sueño y descanso, administrar medicaciones y tratamientos que mejoren estas funciones • Enseñar e implementar intervenciones no farmacológicas para control del dolor como: fisioterapia, 		Existe una gran variación individual de apareamiento de efectos secundarios a medicamentos para el dolor los cuales deben tratarse como medida profiláctica (Plaisance y Ellis 2002).	
<ul style="list-style-type: none"> • Valorarla intensidad, carácter, comienzo, duración, factores agravantes o que alivian el dolor. • Valorar la intensidad del dolor mediante una escala de expresiones 		Las calificaciones de la intensidad del dolor como elemento único son fiables para valorar su intensidad (Jensen 2003).				Las intervenciones no farmacológicas se deben emplear para suplementar	

<p>faciales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir los efectos adversos del dolor no aliviado. • Explicar al paciente el enfoque de control del dolor incluyendo, terapias, medicación, efectos secundarios y complicaciones. • Explorar la necesidad de analgésicos: opiáceos, no opiáceos, AINES, valorar la medicación que el paciente toma en ese momento. 	<p>Factores fisiopatológicos y de morbilidad psicológica están asociadas al dolor.</p> <p>El dolor persistente y no aliviado suprime el sistema inmune.</p> <p>Uno de los pasos para la mejora del dolor es la comprensión del usuario sobre la naturaleza del mismo y el papel que debe asumir para controlarlo.</p>	<p>relajación, aplicación de frío o calor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a minimizar los efectos del dolor en las actividades de la vida diaria. • Emplear el enfoque de cuidado del dolor integrando a la familia. • Tener especial cuidado en pacientes con tratamiento farmacológico con opiáceos. 	<p>no sustituir el tratamiento farmacológico.</p> <p>El dolor disminuye la capacidad para ejercer control, disminuir el bienestar psicológico, y les hace sentir indefensos y vulnerables.</p> <p>La integración de la familia en el tratamiento del dolor, aumento el cumplimiento del mismo.</p> <p>Los ancianos son más susceptibles a los efectos secundarios de opiáceos.</p>
--	---	--	--

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO: 1 PROMOCIÓN SALUD CLASE: 2 GESTION SALUD CÓDIGO DE DX: 00080			RESULTAD O(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA MANTENER AUMENTAR	
Mantenimiento ineficaz de la salud r/c afrontamiento familiar ineficaz. M/p Falta de prácticas saludables, ausencia de medidas de prevención, desinterés por mejorar la salud, desconocimiento actividades saludables.			Conocimiento fomento de la salud 1823 Dominio: Conducta De Salud Clase: Conocimiento De Salud	182308 Descripción de conductas que fomentan la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 1 • Escaso 2 • Moderado 3 • Sustancial 4 • Extenso 5 	2	4
				182316 Descripción del uso seguro de medicamentos		2	4
				182309 Descripción de estrategias eficaces par a hacer frente al estrés		2	4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
Clase: s	Educación de los pacientes	Campo: 3	Conductual	Clase: s	Educación de los pacientes	Campo: 3	Conductual
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
ENSEÑANZA: PROCESO ENFERMEDAD <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico • Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología/ según cada caso. • Evaluar los patrones familiares, económicos y culturales que influyen en el 		<p>Un conocimiento adecuado a cerca del proceso salud y enfermedad permite una afrontación positiva a la situación de salud. (Clark, 1996).</p> <p>Ayuda a comprender las razones por las cuales el paciente y la familia no pueden cumplir con el</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. • Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir /minimizar los efectos secundarios de la enfermedad. • Enseñar al paciente medidas para controlar /minimizar síntomas, si procede. • Incluir un enfoque en la 		<p>La educación a cerca de prácticas saludables, cumplimiento con el tratamiento, y apoyo en los servicios de salud permite que los pacientes adopten con mayor facilidad estas conductas de salud. (Heineken 1998)</p> <p>La educación del paciente</p>	

<p>incumplimiento del régimen terapéutico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al usuario a elegir un estilo de vida saludable y a realizarse controles diagnósticos frecuentes. • Ayudar al paciente a reducir el estrés. • Diseñar material educativo dirigido al paciente y a la familia sobre conductas saludables. 	<p>tratamiento. (Smith, 1997)</p> <p>Los pacientes que adoptan conductas saludables reducen el riesgo de complicaciones y secuelas de la enfermedad. (Furniss, 2000)</p> <p>El estrés es una de las principales causas de complicaciones de enfermedades.</p> <p>El refuerzo y educación del paciente y la familia contribuye a la eficacia del tratamiento. (Hayes, 1998)</p>	<p>promoción de salud dirigido a l paciente y la familia para evitar complicaciones propias de la enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proveer de material de apoyo sobre medicación, alimentación, etc, para asistir con el cumplimiento de actividades propuestas. • Hacer que el paciente demuestre los procedimientos y cuidados aprendidos. 	<p>y la familia permite crear conciencia sobre los cuidados oportunos para evitar complicaciones. (Rimmer, 1999).</p> <p>Facilita el cumplimiento de objetivos propuestos.</p> <p>Promueve la confianza y aumenta la destreza para realizar los cuidados propuestos.</p>
--	--	--	--

XI.- CONCLUSIONES

- Existió demora en el diagnóstico de tuberculosis ósea en el paciente debido a un desapego del sistema de salud al no acudir pronto a una valoración médica temprana, oportuna y por una presentación súbita de la enfermedad.
- La paciente recibió atención especializada para tratar los diferentes problemas de salud que se originaron durante la evolución de la enfermedad, además de diferentes medios de diagnóstico disponibles que ayudaron a determinar un diagnóstico y tratamiento adecuado basado en los protocolos que se manejan actualmente en el ministerio de salud.
- No existió un seguimiento domiciliario adecuado y frecuente por parte del personal de salud de atención primaria lo que provocó que no se identificaran a tiempo las complicaciones de la enfermedad.
- El personal de salud no enfocó su atención en un punto importante como es la educación del paciente y su familia a cerca de medidas de prevención, conductas saludables y manejo adecuado del paciente con tuberculosis con lo que se hubiese podido evitar el surgimiento de complicaciones.
- Uno de los factores que contribuyeron al deterioro funcional de paciente es la destrucción progresiva de las estructuras óseas propia de la enfermedad lo que incita a la disminución de la función musculo esquelética.
- El dolor permanente e intenso constituye un factor importante en el deterioro físico del paciente ya que provoca que haya limitaciones al movimiento, a la realización de funciones básicas y al desenvolvimiento cotidiano, provocando dependencia funcional en la paciente.

- La afectación vertebral (Mal de Pott) fue el punto de partida para el surgimiento de complicaciones como UPP, dependencia física por largos periodos de inmovilización además de las alteraciones emocionales y psicológicas resultado de la situación de salud actual de la paciente.
- Mediante el plan de intervención de enfermería enfocado en la educación al paciente y la familia sobre los cuidados y conductas saludables se podrá disminuir o evitar futuras complicaciones de la enfermedad.

XII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

Ackley, B., Ladwing, G. (2007). Manual de Diagnósticos de Enfermería. Madrid. Elsevier.

Gordon, M., (Madrid 1996). Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. Madrid. 3º Edición. Mosby/Doyma.

Hehater, T. (2010). Nanda Internacional Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid. Elsevier.

MauK, K., (Madrid 2008). Enfermería Geriátrica. Competencias asistenciales. Gaap Editorial, S.L.

XIII.- LINKOGRAFÍA

Álvarez J., Castillo F., (Asturias 2010). Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Recuperado: 13 de septiembre 2015. Disponible en: <http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>

Bastidas T., Ramírez L., (2011). Tuberculosis vertebral y compresión de la médula espinal. Recuperado: 13 de Septiembre del 2015. Disponible en: <http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Revistamedicina/article/view/1056/143><http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Revistamedicina/article/view/105-6/143>

Cepero R Dr., Martínez J., (Panamá, 2010). Osteoartritis Tuberculosa. Recuperado 13 Septiembre del 2015. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v37n3/med08398.pdf>.

García Y., Gutiérrez G MA. (2008). Tuberculosis extrapulmonar: forma articular. Rev. Cubana OrtopTraumatol 2008. Recuperado: 13 de Septiembre del 2015. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864215X2008000100005&lng=es.

Laguna V Dr. (2012). Tuberculosis Osteoarticular localizaciones más frecuentes en adultos y niños; clínica general y focal; tratamiento médico-quirúrgico. Recuperado: 13 Septiembre del 2015. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_ii/tuber_osteo.htm.

Vernet A., (2007). Conceptos básicos de enfermería en la atención gerontológica según el modelo de Virginia Henderson. Gerokomos. Madrid. Recuperado: 13 de Septiembre del 2015. Disponible en: <http://scielo.isciii.es>.

XIV.- CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA

E. EBRARY: by World Health Organization Staff (2002). El Cid Editor. Organización Mundial de la Salud Web. Recuperado: el 15 de Septiembre 2015 Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/uta/detail.action?docID=10062370>.

E. EBRARY: Davies, Peter. (2008). Clinical Tuberculosis (4th Edition), CRC Press Publisher. Recuperado: 12 Septiembre 2015. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/search.action?p00=TUBERCULOSIS&searchbutton01=%C2%A0Search%C2%A0>.

E. EBRARY: Sekulich, Miloch. (2014). What Is Tuberculosis? : Its Control and Prevention. Butterworth-Heinemann Publisher. Recuperado: 28 Septiembre del 2015. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/search.action?p00=TUBERCULOSIS&searchbutton01=%C2%A0Search%C2%A0>

E. EBRARY: Macías, Juan; Álvarez, Joaquín. (2009). Dependencia en geriatría. Ediciones Universidad de Salamanca Publisher. Recuperado: 18 septiembre del 2015. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/search.action?p00=geriatria&searchbutton01=%C2%A0Search%C2%A0>

PROQUEST: BY Oka, Christine. (2012). Infectious Diseases of Poverty. Instruction Specialist, Northeastern University Libraries. Recuperado: 22 de Septiembre 2015. Disponible en: <http://www.proquest.com/blog/mfl/2012/Infectious-Diseases-of-Poverty.html>.

ANEXOS

ANEXO 1

ENTREVISTA

OBJETIVO: Recoger información sobre el estado de salud de la paciente, mediante una valoración integral basada en los patrones funcionales de M. Gordon

PATRON PERCEPCION MANEJO DE LA SALUD

ENTREVISTA ESTRUCTURADA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Acude Ud. con frecuencia al centro de salud para recibir atención médica?	SI NO
¿Ud. y sus familiares utilizan medidas de de prevención como lavado de manos, uso de mascarilla)?	SI NO
¿Ud.? ¿Ha recibido algún tipo de educación de cómo manejar su condición de salud?	SI NO
¿Ud. Cumple diariamente con la toma de medicamentos para mejorar su salud?	SI NO
¿Practica Ud. algún tipo de actividad saludable (caminar, correr)?	SI NO
¿Ha estado hospitalizada alguna vez? ¿Porque?	SI NO
¿Piensa Ud.? ¿Que el tratamiento que lleva actualmente es indispensable para su bienestar y salud?	SI NO

DATOS OBJETIVOS

- Desconocimiento de manejo sanitario de la enfermedad
- Falta de prácticas saludables
- Ausencia de medidas de prevención
- Desinterés por mejorar la salud
- Incapacidad para llevar a cabo actividades saludables.
- TA: 120/60
- FC: 60
- FR: 16
- T: 36.4 °C

DATOS SUBJETIVOS

Paciente refiere que:

- Desconoce las medidas de prevención
- Camino muy poco por el dolor que me produce
- Voy al médico solo cuando el dolor ya no se da con las pastillas
- No sigo una dieta me alimento con lo que hay en casa.
- El tratamiento que estoy siguiendo no ha mejorado mi salud.

PATRON NUTRICIONAL METABÓLICO

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Le han recomendado algún tipo de dieta o comida en especial en el centro de salud?	SI NO
¿Cuántas veces come en el día?	3 veces
¿Ha perdido las ganas de comer últimamente?	SI NO

¿Qué tipo de alimento come frecuentemente?	Pan, fideo, leche, frutas
¿Después de comer tiene algún tipo de molestia? ¿Cuál?	SI NO Dolor abdominal, náusea
¿Toma Ud.? ¿Algún tipo de complejo vitamínico? ¿Cuál?	SI NO Complejo B
¿Ud. necesita de alguna persona que le ayude a alimentarse?	SI NO
¿Ud. Prepara sus propios alimentos? ¿Por qué?	SI NO No puedo mover las manos
¿Qué cantidad de líquidos consume al día?	2 litros

DATOS OBJETIVOS

- Pérdida de peso
- Aporte nutricional deficientes
- Inapetencia
- Malos hábitos alimenticios
- Desconocimiento sobre una dieta saludable
- Peso: 50kg
- Talla: 1.60m
- IMC: 20
- Intolerancia alimentaria
- Ingesta insuficiente
- Dieta no equilibrada
- Dependencia para alimentarse

DATOS SUBJETIVOS

Paciente refiere que:

- Como cuando hay alguien que me dé cocinando

- Necesito que una persona me ayude a dar de comer
- No tengo ganas de comer porque me da náusea.
- Después de comer me duele el estómago
- Desde que empecé el tratamiento he perdido peso
- No puedo cocinar porque soy incapaz de manejar adecuadamente mis brazos.
- Cuestionario conozca su salud nutricional: puntos 7 Riesgo nutricional alto.

PATRON DE ELIMINACIÓN

ENTREVISTA ESTRUCTURADA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuántas veces al día realiza la deposición?	1 vez
¿De qué características son: líquidas, blandas o duras?	Normales
¿Utiliza algún tipo de laxante o medicamento que le ayude a defecar?	SI NO
¿Puede ir sola al servicio higiénico? ¿Por qué?	SI NO Porque necesito que alguien me ayude
¿Tiene alguna molestia al orinar? ¿Cuál?	SI NO Me duele al orinar
¿La orina tiene algún tipo de color u olor? ¿Cuál?	SI NO Es de color rojizo

¿Ud. Durante el día o la noche siente calor o sudor excesivo?	SI NO
¿Ud. Tiene ganas de orinar frecuentemente en la noche? ¿Cuántas veces por la noche?	SI NO Dos o tres
¿Durante el día utiliza algún tipo de absorbente (pañal)?	SI NO
¿Ha tenido pérdidas involuntarias de orina durante el día o la noche? ¿Con que frecuencia?	SI NO Casi siempre

DATOS OBJETIVOS

- Alteración de la función urinaria
- Deterioro sensitivo y motor
- Diaforesis
- Malestar general

DATOS SUBJETIVOS

Paciente refiere:

- Orino muchas veces y en poca cantidad (oliguria)
- Me duele cuando voy al baño a orinar (Disuria)
- La orina es de un color rojizo (Hematuria)
- Necesito que alguien me ayude a ir al baño
- Durante la noche voy 2 a 3 veces al baño(Nicturia)
- A veces no puedo contener la orina (Incontinencia urinaria)

PATRON ACTIVIDAD EJERCICIO

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Puede caminar alrededor de su casa? ¿Por qué?	<p style="text-align: center;">SI NO</p> <p>No puedo caminal solo me movilizo ensilla de ruedas y con el caminador</p>
¿Siente dolor al caminar o realizar algún tipo de movimiento? ¿En dónde?	<p style="text-align: center;">SI NO</p> <p>En la espalda, cadera y rodillas</p>
¿Desde cuándo siente esta dificultad para moverse?	<p>Desde que inicio la enfermedad</p> <p style="text-align: center;">1 año</p>
¿Necesita de algún tipo de ayuda para movilizarse? ¿Cuál?	<p style="text-align: center;">SI NO</p> <p>Silla de ruedas y el caminador</p>
¿Pasa mucho tiempo sentada o recostada? ¿Cuánto tiempo?	<p style="text-align: center;">SI NO</p> <p style="text-align: center;">8 a 10 horas diarias</p>
¿Siente cansancio o debilidad que le impidan caminar o realizar alguna actividad?	<p style="text-align: center;">SI NO</p>
¿Puede realizar las actividades diarias sin ningún problema?	<p style="text-align: center;">SI NO</p>
¿Realiza algún tipo de ejercicio?	<p style="text-align: center;">SI NO</p>
¿Puede vestirse, bañarse sola?	<p style="text-align: center;">SI NO</p>

DATOS OBJETIVOS

- Decaimiento
- Edema de miembros inferiores
- Ulcera por decúbito grado II en glúteo izquierdo
- Zonas eritematosas a nivel del sacro y coxis
- Debilidad
- Limitación de la capacidad de movimiento
- Limitación de movimiento
- Inestabilidad postural
- Rigidez muscular
- Deterioro funcional
- Deterioro musculo esquelético
- Atrofia muscular
- Periodos largos de inmovilización
- Escala de Barthel: 20 puntos dependencia total ANEXO 5
- Deterioro de la capacidad para maniobrar la silla de ruedas

DATOS SUBJETIVOS

Paciente refiere:

- No puedo caminar porque me duele la columna y las rodillas
- Se me es imposible subir o bajar gradas
- La mayor parte del tiempo paso recostada o en la silla de ruedas 8 a 10 horas durante el día
- No puedo vestirme sola
- He dejado de realizar actividades desde que empecé con el tratamiento
- Necesito de la silla de ruedas o el caminador para poder movilizarme.

PATRON SUEÑO Y DESCANSO

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Tiene algún problema para conciliar el sueño? ¿Cuál?	SI NO El dolor aumenta durante la noche
¿Se despierta por ocasiones durante la noche? ¿Cuántas?	SI NO Una o dos veces por la noche
¿Desde cuándo tiene este problema?	Desde 6 meses atrás
¿Toma algún tipo de medicamento para dormir?	SI NO Alprazolam
¿Durante el día se siente con energía o debilidad?	SI NO
¿Tiene algún tipo de preocupación o angustia que le impida descansar? ¿Cuál?	SI NO Ya no puedo trabajar y me siento inútil

DATOS OBJETIVOS

- Angustia
- Ansiedad
- Dependencia farmacológica
- Alteración del patrón del sueño
- Falta de energía
- Problemas para conciliar el sueño

DATOS SUBJETIVOS

- Me cuesta mucho dormir en la noche

- Me despierto con frecuencia durante la noche
- No puedo dormir porque el dolor aumenta durante la noche
- Algunas veces lloro por las noches
- No tengo fuerzas durante el día
- Tomo alprazolam para poder dormir

PATRON COGNITIVO PERCEPTUAL

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cómo percibe su estado de salud actual? Bueno, malo, regular.	Actualmente mi estado de salud es malo
¿Ha sentido alguna mejoría con los medicamentos prescritos?	Muy poco pues el dolor ha ido aumentando
¿Su enfermedad ha provocado cambios negativos en su vida? ¿Cuáles?	SI NO Dejar de trabajar, incapacidad para realizar alguna actividad
¿Ha recibido algún tipo de consejería para sobrellevar su enfermedad?	SI NO
¿Le gustaría recibir educación sobre cómo manejar un estilo de vida saludable?	SI NO
¿Siente dolor en alguna parte de su cuerpo? ¿Dónde?	SI NO Me duelen los huesos principalmente la espalda
¿De qué intensidad es el dolor? Leve, moderado, grave	moderado

DATOS OBJETIVOS

- Conocimientos deficientes sobre la enfermedad
- Incomprensión de situaciones originadas por el proceso patológico
- Afrontamiento negativo hacia la situación de salud actual
- Escala de dolor:

DATOS SUBJETIVOS

- Mi estado de salud actual es malo
- No he sentido mejoría con el tratamiento
- Nadie me aconsejado de qué actitud tomar en cuanto a mi enfermedad

PATRON AUTOPERCEPCION AUTOCONCEPTO

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cómo se siente con su condición de salud?	Me siento triste
¿La enfermedad ha producido cambios notorios en su cuerpo? ¿Cuáles?	Ya no puedo caminar, las pernas me hinchán y me duelen
¿Hay días que siente tristeza y se siente sola? ¿Por qué?	SI NO Me siento una persona inútil
¿Qué es lo que le causa felicidad?	Que mis hijos estén aquí en la casa
¿Qué es lo que le causa tristeza?	Ya no poder trabajar
¿Recibe el apoyo de sus familiares en todo momento?	SI NO

DATOS OBJETIVOS

- Depresión
- Falta de confianza en sí misma
- Falta de comunicación con los familiares
- Tristeza
- Inquietud
- Desmotivación
- Expresiones de impotencia

DATOS SUBJETIVOS

- Hay días que me siento sola y me pongo a llorar
- Me siento bien cuando mis hijos me visitan
- Me siento así desde que tuve que dejar de trabajar
- Mis hijos me ayudan en lo que pueden.

PATRON ROL RELACIONES

ENTREVISTA ESTRUCTURADA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Con quién vive en esta casa?	Con mi hija
¿Está Ud. a cargo de algún familiar en especial?	De mi hija
¿Su familia le brinda apoyo y ayuda?	SI NO
¿Quién le ayuda económicamente para sobrellevar su enfermedad?	Mis hijos
¿Realiza algún tipo de actividad económica?	No ya no puedo trabajar

¿Pasa Ud. Tiempo con sus hijos? ¿Cuánto tiempo?	Los fines de semana cuando no están trabajando
¿Se siente cómoda con la imagen de su cuerpo?	No yo antes no estaba así
¿Conversa Ud. con sus hijos sobre su situación de salud?	De vez en cuando

DATOS OBJETIVOS

- Apoyo familiar
- Participación en actividades de la vida diaria
- Falta Integración en la familia
- Incomprensión
- Desesperanza
- Soledad

DATOS SUBJETIVOS

- Vivo solo con mi hija
- Trato de ayudar en lo que puedo en la casa
- Mis hijos tienen que trabajar para poder ayudarme
- No me siento bien con la apariencia de mi cuerpo
- Tenemos poca comunicación con mi familia

PATRON SEXUALIDAD REPRODUCCION

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿A qué edad tuvo su última gestación?	37 AÑOS
¿A qué edad tuvo la última regla?	45 AÑOS

¿Cuántos hijos tienen?	5 hijos
¿Se realizaba Pap test? ¿Hace que tiempo se realizó el último?	Hace 20 años
¿Cuántos partos normales, abortos ha tenido?	5 partos normales 1 aborto

DATOS OBJETIVOS

- ✓ Menarquia 14 años
- ✓ Menopausia 45 años
- ✓ 5 gestaciones
- ✓ Partos 5
- ✓ Abortos 1
- ✓ Revisiones ginecológicas escasas

DATOS SUBJETIVOS

- Desinterés por temas de sexualidad
- Inseguridad

PATRON ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Ha sufrido un cambio significativo desde que inicio su enfermedad?	SI NO
¿Qué cambios?	Dolor, distanciamiento de familiares, dejar el trabajo
¿Ha recibido ayuda psicológica para afrontar estos cambios?	SI NO

¿Ha tenido que dejar de lado algún tipo de actividad por su enfermedad? ¿Cuál?	SI NO Mi trabajo
¿Recibe el apoyo incondicional de su familia para enfrentar su situación actual?	SI NO A veces no tengo quién me lleve al médico
¿Alguna vez ha renegado su situación de salud?	SI NO
¿La relación con su familia ha cambiado con su situación actual de salud? ¿De qué forma?	SI NO Mi familia está más pendiente de mi estado de salud

DATOS OBJETIVOS

- Poca adaptación a los cambios por la enfermedad
- Afrontamiento negativo a la enfermedad y al tratamiento.
- Apoyo familiar deficiente
- Aislamiento del núcleo familiar
- Baja autoestima
- Preocupación

DATOS SUBJETIVOS

- Temor
- Ansiedad
- Tristeza
- Aislamiento familiar
- Dolor
- Soledad
- Falta de atención

PATRON VALORES CREENCIAS

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Pertenece algún tipo de religión? A ¿Cuál?	SI NO católica
¿Le tiene miedo a la enfermedad y la muerte?	Miedo no pero si preocupación
¿Ha tenido que dejar de lado algún tipo actividad religiosa debido a su enfermedad?	SI NO
¿Desearía Ud. Volver a sus actividades religiosas?	SI NO
¿Atribuye su recuperación hacia alguna creencia religiosa? ¿A cuál?	SI NO La fe y la oración.

DATOS OBJETIVOS

- Temor
- Ansiedad
- Valores religiosos
- La religión es importante en su vida
- La religión ayuda en sus problemas

DATOS SUBJETIVOS

- Creencia religiosa
- Apoyo en la iglesia
- Tristeza
- Baja autoestima

ANEXO 2
CUESTIONARIO "CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL"

PUNTUACION SEGÚN RESPUESTA	SI	NO
He tenido una enfermedad y/o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que como	2	0
Como menos de dos comidas al día	3	0
Como poca fruta, vegetales y productos lácteos	2	0
Tomo más de tres vasos de cerveza, vino o licor al día	2	0
Tengo problemas dentales que me hacen difícil comer	2	0
No siempre tengo dinero para comprar la comida que necesito	4	0
Como sólo la mayoría de veces	1	0
Tomo más de tres fármacos recetados o por mi cuenta	1	0
Sin quererlo he perdido más de 5 kg en los últimos meses	2	0
No siempre puedo comprar, cocinar o comer sólo por problemas físicos	2	0
Total :	7	
RIESGO NUTRICIONAL ALTO		

Elaborado por: Tatiana Viteri Fuente:

www.hvn.es/enfermeria/ficheros/conozca_su_salud_nutricional.pdf

Su interpretación se hace conforme a los puntos de corte:

- 0 a 2: Bueno. Reevaluar la puntuación nutricional en seis meses.
- 3 a 5: Riesgo nutricional moderado.
- 6 o más: Riesgo nutricional alto.

ANEXO 3

ESCALA PARA MEDIR DEPENDENCIA FUNCIONAL

Índice de Barthel
Comer 10 INDEPENDIENTE: capaz de comer por si sólo 5 NECESITA AYUDA: para comer la carne o el pan pero puede comer pos si solo 0 DEPENDIENTE: necesita ser alimentado por si sólo
Vestirse 10 INDEPENDIENTE: capaz de ponerse y sacarse la ropa por si solo 5 NECESITA AYUDA: realiza la mitas de las tares en un tiempo razonable 0 DEPENDIENTE
Arreglarse 5 INDEPENDIENTE: realiza todas las actividades personales sin ayuda 0 DEPENDIENTE: necesita ayuda
Deposición 10 CONTINENTE 5 ACCIDENTE OCASIONAL 0 INCONTINENTE
Micción 10 CONTINENTE 5 ACCIDENTE OCASIONAL 0 INCONTINENTE
Ir al retrete 10 INDEPENDIENTE: entra y sale solo no necesita ayuda 5 NECESITA AYUDA: capaz de manejarse con pequeña ayuda, utiliza el baño solo, se limpia solo. 0 DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin ayuda

Traslado sillón- cama

10 INDEPENDIENTE: no necesita ayuda

5 NECESITA AYUDA: capaz de manejarse con pequeña ayuda

0 DEPENDIENTE: incapaz de moverse solo

Deambulaci3n

10 INDEPENDIENTE: puede caminar m1s de 50 metros sin ayuda

5 NECESITA AYUDA: precisa de ayuda para movilizarse

0 DEPENDIENTE

>20 dependencia total

20 a 40 dependencia grave

60 o m1s dependencia leve

Elaborado por: Tatiana Viteri Fuente:

www.hvn.es/enfermeria/ficheros/barthel.pdf

Resultado: 20 dependencia total

ANEXO 4

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? **SI / NO**
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? **SI / NO**
3. ¿Siente usted que su vida está vacía? **SI / NO**
4. ¿Se aburre usted a menudo? **SI / NO**
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? **SI / NO**
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? **SI / NO**
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas? **SI / NO**
10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que La mayoría de la gente? **SI / NO**
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? **SI / NO**
12. ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil? **SI / NO**
13. ¿Se siente usted con mucha energía? **SI / NO**
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable? **SI / NO**
15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted? **SI / NO**

Las respuestas en negrita indican depresión. Asigne 1 punto por cada respuesta en negrita.

Un puntaje > 5 puntos parece indicar depresión.

Un puntaje ≥ 10 puntos es casi siempre un indicador de depresión.

Un puntaje > 5 puntos debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.

PUNTAJE TOTAL 13: DEPRESION

Elaborado por: Tatiana Viteri

Fuente: www.hvn.es/enfermeria/ficheros/test_de_ysavage.pdf

ANEXO 5

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

PREGUNTAS	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
¿Conversen entre ustedes los problemas que tiene en la casa?	0	1	2
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?	0	1	2
¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasa juntos?	0	1	2
¿Siente que su familia lo quiere?	0	1	2

Elaborado por: Tatiana Viteri Fuente: es.slideshare.net/herbafriend88/el-apgar-familiar

- **Normo funcional: 7 - 10 puntos**
- **Disfuncional leve: 3 - 6**
- **Disfuncional grave: 0 - 2**

PUNTAJE TOTAL: 6 PUNTOS DISFUNCIONAL LEVE

ANEXO 6

PRUEBAS DE LABORATORIO

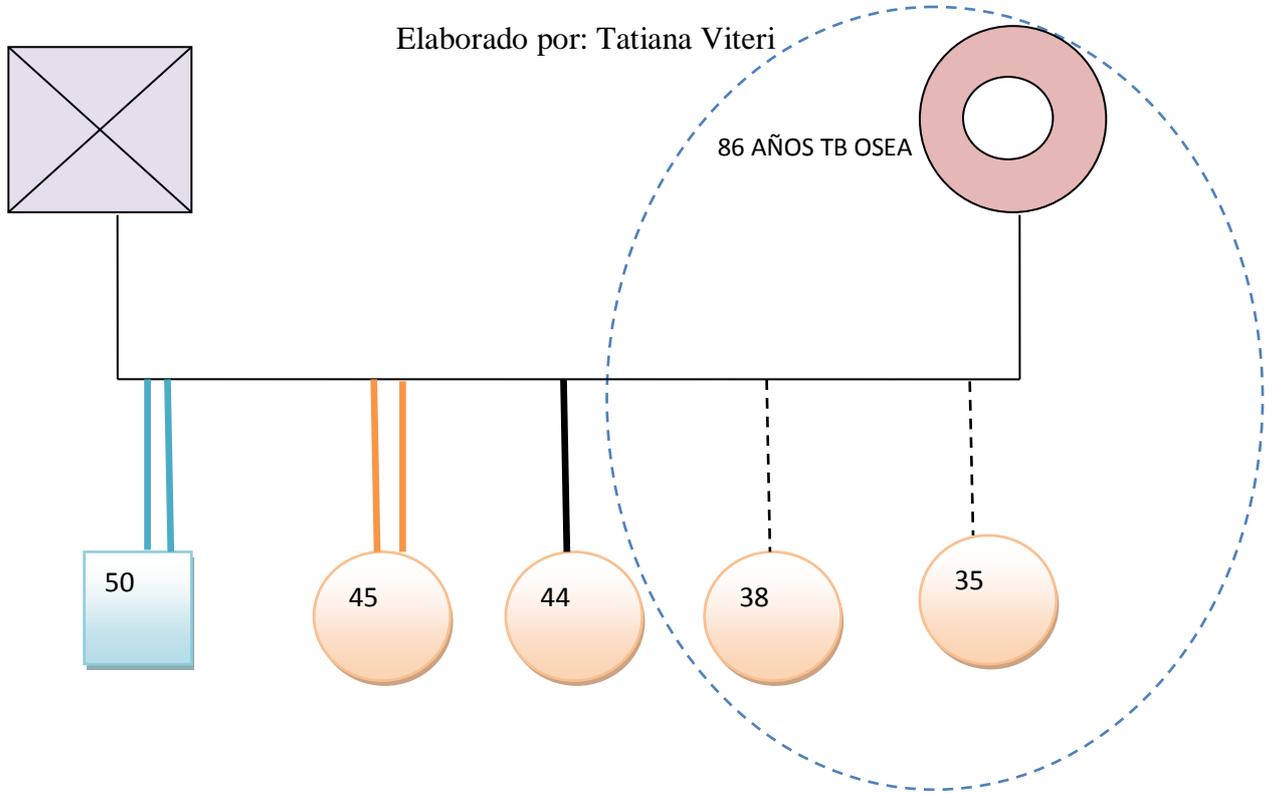
HEMATOLOGÍA	
HCT: 27,5 %,	
HGB: 12.8 g/dl	
WBC: 5410 10 ³ /ul	
QUÍMICA SANGUÍNEA	
HCM: 32.5	UREA DE 34,
MCH: 35PG	CREATININA 0.88mg/dl
GLUCOSA DE 89mg/dl	AC. ÚRICO: 3,3 mg/dl
BUN: 16.	

Elaborado por: Tatiana Viteri.

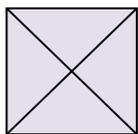
ANEXO 7

FAMILIOGRAMA

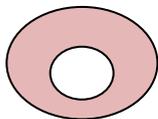
Elaborado por: Tatiana Viteri



CLAVES:



: ESPOSO FALLECIDO



: PACIENTE



: HIJO



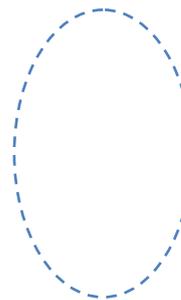
: HIJAS



RELACION
ESTRECHA



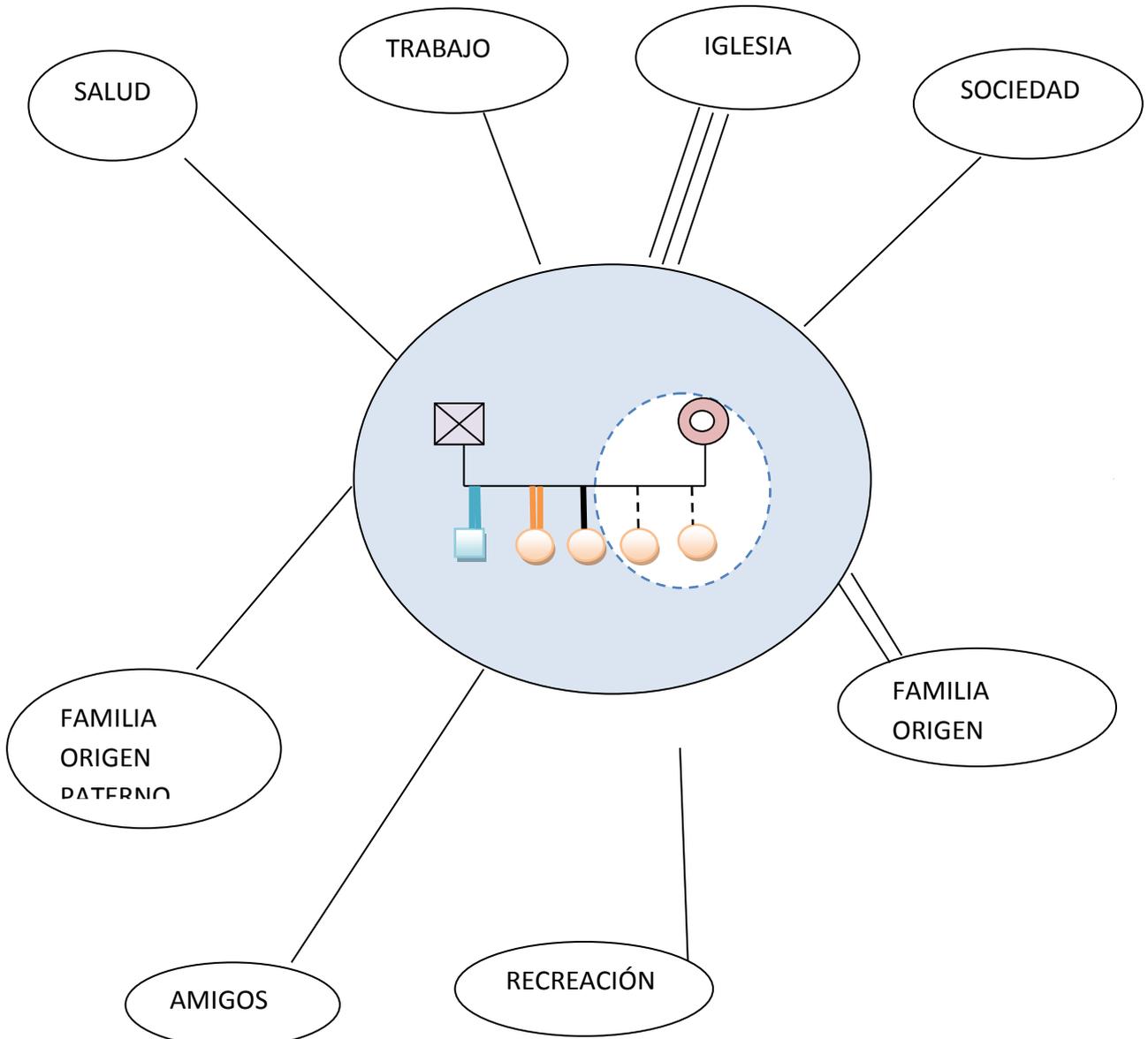
RELACION
DISTANTE



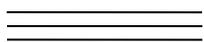
FAMILIARES QUE
VIVEN CON LA
PACIENTE

ANEXO 8

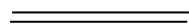
ECOMAPA FAMILIAR



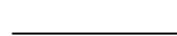
Elaborado por: Tatiana Viteri



FUERTE

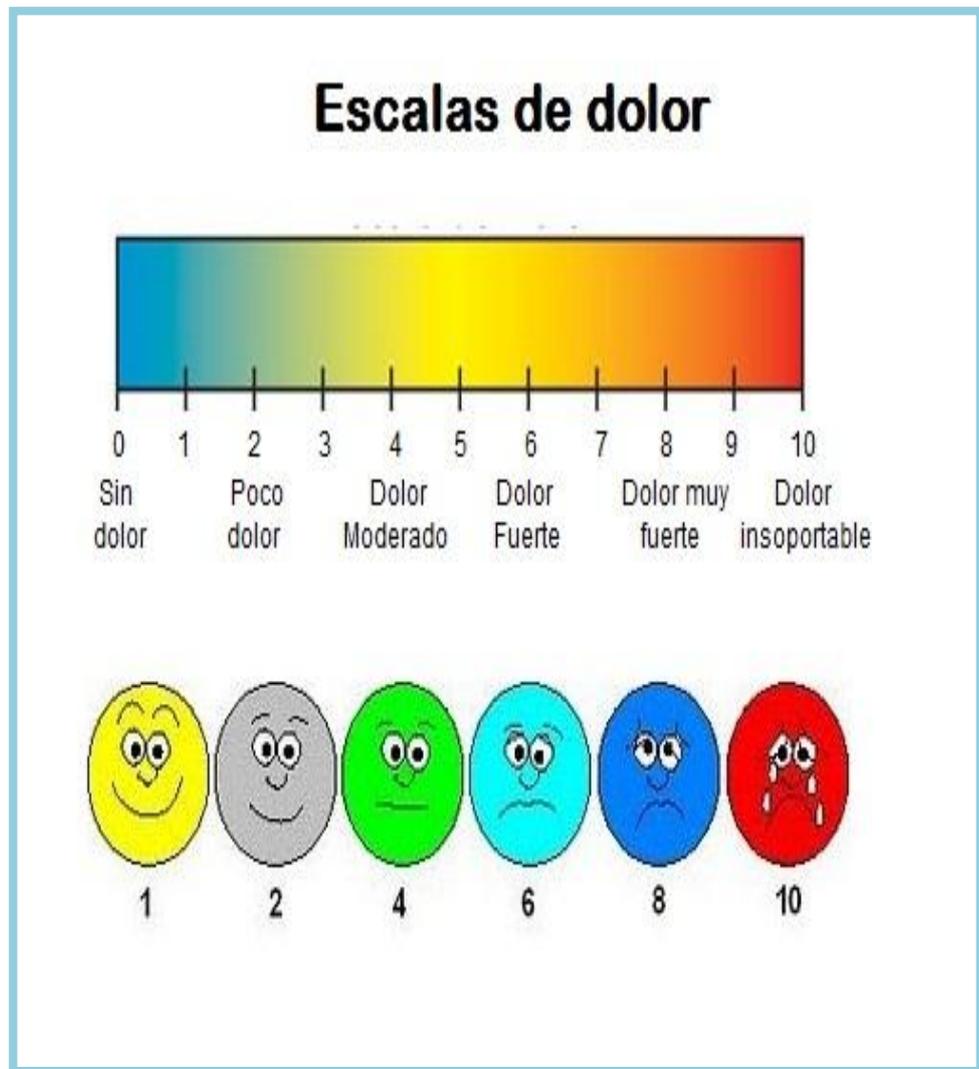


MEDIA



DEBIL

ANEXO 9



RESULTADO: DOLOR FUERTE (6)